



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

SOLEDAD, SALUD Y TRABAJO SOCIAL.
LONELINESS, HEALTH AND SOCIAL WORK.

Autor:

Clara Claver Bes.

Director:

Francisco J. Galán Calvo.

Codirectora:

Ana López Martínez.

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.

Universidad de Zaragoza

Curso 2019-2020

Agradecimientos:

Agradecer en primer lugar a mi familia, la cual hace cuatro años me dio la oportunidad de elegir una carrera universitaria que estaba casi segura de que me iba a apasionar, y por haberme estado apoyando en todos los sentidos para hacer esto posible.

A la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, de la Universidad de Zaragoza, que durante estos años me ha acogido y ha puesto en mi camino grandes y maravillosas personas, además de despertarme curiosidades, una nueva visión del mundo, de nuestra sociedad y sobre todo me ha enseñado la profesión y valor de trabajo social.

Agradecer también a Francisco Galán, director de este mi trabajo final de grado, por acoger mi propuesta como una buena opción, ofrecerme orientación, consejos y apórtame de sus conocimientos como profesional.

Por último, aunque no menos importante, dar las gracias a la codirectora de este trabajo, Ana López, de la cual he podido seguir aprendiendo tras las prácticas de grado, por su colaboración, dedicación, ayuda y seguimiento.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
1. JUSTIFICACIÓN.....	7
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. ¿Qué es la soledad?	9
2.2. ¿Qué es la salud?	10
2.3. Relación de estos dos conceptos con trabajo social.....	11
2.4. Tipos de soledad.....	12
3. ANÁLISIS DE LA REALIDAD.....	14
3.1. Datos demográficos.....	14
3.2. Envejecimiento, vejez y trabajo social.....	18
3.3. Personas mayores, soledad, salud y trabajo social.....	21
3.4. Causas de la soledad.....	22
3.5. Consecuencias sobre la salud.....	24
3.6. Estudios y relación de la soledad con personas mayores y la salud.....	24
3.7. Programas y proyectos para paliar la soledad en España.....	26
4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL.....	28
4.1. Identificación	29
4.1.1. Resumen.....	29
4.1.2. Análisis de los participantes:	29
4.1.3. Análisis de problemas:	31
4.1.4. Análisis de los Objetivos:.....	32
4.1.5. Alternativas:	33
4.2. Formulación.....	34
4.2.1. Justificación:.....	34
4.2.2. Objetivos generales, específicos y operativos	35
4.2.3. Metodología:.....	35
4.2.4. Actividades:.....	37
4.2.5. Temporalización y cronograma:	40
4.2.6. Recursos:.....	42
4.3. Ejecución.....	44
4.3.1. Desarrollo del proyecto:.....	44
4.3.2. Seguimiento:	44
4.3.3. Control:	44
4.4. Evaluación.....	45

5. CONCLUSIÓN Y VALORACIÓN	50
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
7. ANEXOS:	56
Anexo A. Escala UCLA para medir la soledad.....	56
Anexo B. Proyectos- programas para paliar el problema de la soledad en personas mayores en España	56
Anexo C. Ficha de seguimiento de actividades	59

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfica 1. Pirámide de población de Aragón 2018-2029	14
Gráfica 2. Esperanza de vida al nacimiento	16
Gráfica 3. Esperanza de vida a los 65 años	17
Gráfica 4: ¿A cuántas personas afecta la soledad y el riesgo de aislamiento social?.....	24
Tabla 1. Indicadores demográficos.....	15
Tabla 2. Las personas mayores de 65 años en Aragón.	16
Tabla 3: Hogares unipersonales. Aragón	17
Tabla 4. Cuadro de involucrados	29
Tabla 5. De problemas a Objetivos	32
Tabla 6. De efectos a Fines.....	33
Tabla 7. Alternativas	33
Tabla 8. Actividades del proyecto.....	38
Tabla 9. Temporalización y cronograma.	41
Tabla 10. Presupuesto y financiación.	43
Tabla 11. Índices de evaluación.....	45
Tabla 12. Evaluación de la participación.	47
Tabla 13. Evaluación de la eficacia	48
Tabla 14. Evaluación eficiencia.....	48
Tabla 15. Evaluación de Impacto.	49
Tabla 16. Ficha de seguimiento.....	60

RESUMEN

El envejecimiento en España forma parte de la actualidad y caracteriza nuestra sociedad. Que la población mayor de 65 años esté aumentando, lleva consigo un cambio de realidad, nuevos retos y nuevas necesidades, pero también un aumento de problemáticas hasta el momento menos frecuentes, enmascaradas o invisibles, como es la soledad, la cual tiene importantes repercusiones en la salud de las personas.

La soledad tanto objetiva como subjetiva, no se presenta como una situación aislada, sino que es un sentimiento cada vez mayor, que sobre todo personas de edad avanzada están experimentando.

Este trabajo fin de grado tiene la finalidad de aproximarse al concepto de la soledad, relacionarlo con la salud, aportar la visión de trabajo social, conocer estudios, programas y proyectos interesantes puestos en marcha para paliar dicho fenómeno, e intentar colaborar en la reducción de este sentimiento, a través del diseño de un proyecto de intervención, dirigido a personas mayores de 65 años en soledad.

Palabras clave: Soledad, salud, personas mayores, trabajo social, envejecimiento.

ABSTRACT:

The aging in Spain is part of the of reality and characterizes our society. That the population over 65 years old increases in this moment, brings with it, a change of nowadays reality, new challenges and new needs. But also, an increasing of problems that today were less frequent, waked or invisibles, such as it is the loneliness, which has important repercussions on people's health.

Loneliness, both objective and subjective, does not present an isolated situation, because it is a growing feeling, which especially elderly people are experiencing.

This final degree project has the purpose of approaching the phenomenon of loneliness, relating it to health, providing the vision of social work, learning about interesting studies, programs and projects launched to alleviate loneliness. As well as, try to collaborate in reducing the feeling of loneliness through the design of an intervention project aimed at people over 65 years of age in loneliness.

Keywords: Loneliness, health, older people, social work, aging -growing old.

INTRODUCCIÓN

La soledad es una realidad de nuestros días y las personas mayores son las más afectadas por este fenómeno. Se pretende realizar un estudio de la soledad en relación con la salud y la profesión de trabajo social, motivado por la visión que me ofreció el hospital San Juan de Dios de Zaragoza, donde durante cuatro meses realicé las prácticas de grado. Allí pude observar como una parte de los pacientes de edad avanzada se encontraban solos, familiares verbalizaban sentir soledad, angustia, etc. Esta realidad me llevó a pensar en cómo la soledad podía influir en la salud y en cómo el trabajo social podía ayudar a hacer frente a esta realidad.

Para comenzar con el presente trabajo se ha realizado una búsqueda exhaustiva de bibliografía y de datos demográficos, que han servido para documentar de forma teórica y para situarlo en la realidad actual, haciendo un estudio más detallado de la soledad, con sus posibles causas, consecuencias para la salud... También se ha llevado a cabo una exploración de diferentes estudios, programas y proyectos que se están desarrollando, los cuales han ofrecido una mayor riqueza de datos y la oportunidad de conocer e inspirar una realidad.

Para finalizar el trabajo y en relación con todo lo anterior y la visión de trabajo social, se ha elaborado un proyecto de intervención que se cree, podría contribuir a la reducción de la soledad de las personas mayores.

1. JUSTIFICACIÓN.

Salir a la calle y dar un paseo con una mirada atenta, puede ofrecer por pequeño que sea un reflejo de la realidad y conocimiento sobre el posible estado de nuestra sociedad. Durante esta observación minuciosa, una persona aquí en Aragón puede percatarse de que hay pocos jóvenes por la calle, en comparación con la gente mayor. Se puede pensar que quizás los más jóvenes estén en el colegio, pero al mirar el reloj y no ser horario de escuela, se descarta esta pequeña variable, y es que realmente puede que el volumen de personas de edad más adulta sea mayor.

Los datos del IAESE (Instituto Aragonés de Estadística, 2018), así lo exponen, el volumen de población entre los 65 y 84 años en Aragón es mayor con un 17,40 % del total de la población aragonesa, que el de personas con menos de esta edad, como la comprendida entre los 0-14 años, que es del 14,1%. Además, también se encuentra en este mismo documento el índice de envejecimiento, en Aragón de 115,9 y en España de 97,0, frente al del índice de juventud en Aragón 65,2 y en España 77,8.

Los datos alertan de que el volumen de personas mayores en un futuro será considerablemente mayor que el de personas jóvenes, y por tanto es posible que las necesidades y problemas actuales de la parte de la sociedad con mayor edad si no se corrigen y se buscan nuevas soluciones, persistan o se agraven.

Si se sigue con la cuidadosa y atenta mirada no solo se presenta esta información anterior, la cual se ha podido comprobar, sino que la realidad ofrece mucha más información. Llama la atención la diferencia en cuanto al cómo se agrupan las personas según su edad, encontrando a grupos de jóvenes más o menos grandes, acompañados, con personas de su misma edad o más mayores, como sus padres, pero en pocas ocasiones solos, algo contrario en gente de mayor edad, sobre todo en ancianos, los cuales en muchas ocasiones están solos, con un grupo reducido de iguales o/ y en menor medida acompañados de personas más jóvenes como podrían ser sus hijos, nietos o cuidadores. Pensando a qué puede deberse esta realidad y con qué puede estar relacionado este comportamiento social, entre las diversas posibilidades, la soledad viene a nuestra mente y es que actualmente la soledad no elegida, un término difícil de abordar por la complicación a la hora de su delimitación en su definición, está presente en la vida de muchas personas, sobre todo en aquellas de mayor edad. Esto se puede llegar a comprobar a través del número de personas mayores de 65 años que viven solas, que según el IAESE (2018) existen en Aragón 78.770 hogares unipersonales de personas mayores de 65 años, junto con las alarmantes noticias de medios de comunicación oficiales, sobre el creciente número de muertes de personas que viven solas, en el Heraldo de Aragón (Navarro, 2019) *“solo en el primer mes de este año, dos ancianos murieron solos en Aragón, sin que su cuerpo se descubriese durante días: la soledad está en alza en todo el mundo occidental, ya se la considera una epidemia cuyas consecuencias para la salud superan a las de la obesidad: el sentimiento de soledad prolongada puede incrementar el riesgo de muerte en un 26%, y en los casos de aislamiento real el porcentaje llegaría al 32%”*.

Existen investigaciones donde se muestra la influencia de la soledad en la salud como una de las variables importantes, entre otras, que demuestran una relación directa. Así lo expone el estudio de Victor, Scambler, Bowling, & Bond, (2005) donde una de sus conclusiones según lo demostrado por el estudio es que *“el análisis identificó fuertes relaciones entre la soledad y la sociedad, entre factores demográficos, factores de salud (la crónica, física, mental, la sensorial y valoración de salud), los limitados recursos y los cambios sociales. Estos resultados confirmarían una epidemiología social de la soledad”*

La soledad con sus causas, su relación con la salud y sus consecuencias lleva a los investigadores a determinar que este sentimiento está relacionado tanto con un ámbito social como sanitario, que afecta sobre todo al colectivo de personas mayores, un grupo vulnerable necesario de intervención en este ámbito.

Una vez identificado el problema, que es que la soledad está afectando a la salud sobre todo de las personas mayores, se cree necesario desde la visión de trabajo social, desarrollar un proyecto eficaz que tenga entre sus objetivos principales el paliar la soledad para mejorar la salud y calidad de vida de estas personas mayores. Ya que, además, a medida que pasa el tiempo este grupo poblacional va creciendo, siendo por tanto la posibilidad de aumento de esta problemática también mayor, si no se toman medidas.

Se han puesto en marcha proyectos de intervención sobre esta realidad con buenos resultados como el de Routasalo , Tilvis , Kautiainen , & Pitkala (2009), que concluyen tras su estudio de intervención, del cual obtiene datos que pueden constatar su conclusión que; *“con una intervención grupal psicosocial bien planificada y dirigida profesionalmente, es posible empoderar y activar socialmente a las personas mayores solitarias y fortalecer su bienestar”*.

En España, al contrario que en Reino Unido, donde en 2018 se puso en marcha el ministerio de la soledad *“Minister for Loneliness”* (Yeginsu, 2018), todavía queda camino por recorrer, proyectos y planes que poner en marcha para paliar este fenómeno, estudios cuantitativos de que nos ofrezcan cifras ajustadas de la realidad...

El objetivo de este trabajo final de grado es ofrecer una nueva visión- aportación sobre la influencia de algo tan social como puede ser la soledad, en el ámbito de la salud y en relación con el trabajo social y realizar un diseño de proyecto social que contribuya a disminuir la soledad.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ¿Qué es la soledad?

Cuando se habla de soledad es necesario acotar su significado, ya que cada persona puede entender la soledad de forma diferente según, su contexto temporal, sus vivencias, experiencias, momentos vitales... Así nos lo expone algún autor (Gándara Martín, 1995) que relaciona soledad con un aislamiento afectivo, familiar y relacional, con la concurrencia de soledad y mala salud, como una de las más penosas vivencias del ser humano, la muerte en soledad, pero también con un especial ascetismo liberador o un modo de establecer la relación con la divinidad...

La palabra soledad tiene su origen en el latín *solĭtas*, -ātis y significa cualidad de estar sin nadie más (RAE, 2019). Según Muchinik & Seidmann (2009) el término soledad cuando surgió por primera vez, alrededor del siglo XIII, no tenía o se asociaba únicamente con un significado negativo, sino que se identificaba con *“la situación de una persona que está sola de manera momentánea o durable y asociado al aislamiento, al estado de abandono y a la separación”*, entendiendo que la soledad no solo produce tristeza y/o sufrimiento, sino que también disfrute y satisfacción de poder experimentarla, buscando la divinidad, la búsqueda de uno mismo, introspección, y el anhelo de buscar la perfección. Sin embargo, la soledad es un concepto líquido, que ha ido variando en el espacio, con el tiempo y según el contexto social de cada momento, siendo en el siglo XIX cuando (Muchinik & Seidmann, 2009) se definen otros modelos de sociedad, cambian las reglas y en relación con la nostalgia de la comunidad, aparece la soledad con nuevos matices, como un síntoma clínico en relación con la depresión y ansiedad y como uno de los problemas psicosociales del siglo XX, que a día de hoy continúa y se agrava en nuestra sociedad.

La definición que ofrece la (RAE, 2019) sobre soledad es que es *“la carencia voluntaria o involuntaria de compañía”*, el *“pesar y melancolía que se siente por la ausencia muerte o pérdida de alguien o de algo”*. Esta definición se queda abierta, sin clasificarla dentro de un campo en concreto, lo cual lleva a preguntarnos por otra definición de soledad a través de la cual se pueda ampliar el concepto, indagar o profundizar más allá.

Para poder ver y tener en cuenta la soledad de forma más extensa y global, ya que tiene un marco de referencia amplio, enfocada desde una perspectiva más social, encontramos la definición (Rodríguez Martín, 2009) que nos da una visión más completa, con su definición de que la soledad es el *“convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional”*. A través de esta definición se puede entender la soledad como algo social que afecta directamente a la salud de las personas, y así lo exponen las conclusiones de los estudios de (Bazo, 1989), donde se hace referencia a que los que se sienten más solos son los que además se sienten más enfermos.

El concepto de soledad no debe confundirse con estar solo o con el de aislamiento social, ya que, aunque pueden tener similitudes, al analizar y estudiar ambos conceptos, se ponen de relevancia las diferencias, y es que (Diez Nicolás & Morenos Páez, 2015) el estar solo no implica una relación íntimamente ligada a sentir soledad, se concibe como algo que se hace de manera voluntaria. El aislamiento social, sin embargo, según este mismo autor hace referencia a la ausencia involuntaria de contactos sociales, motivado por la necesidad de los individuos de tener vínculo con otras personas, sin éxito. Por tanto, el aislamiento

desde la elección se relacionaría con estar solo, y desde la obligación favorecería a la aparición de la soledad y todavía más si fuese entendido como emoción negativa de vacío interior, con la emoción de sentirse solo, que representa el sentimiento de soledad más perjudicial, por ser un sentimiento no buscado y en el que aun contando con red de apoyo social el individuo puede experimentar sensaciones de nostalgia miedo o dolor.

Al hacer una revisión de las definiciones de soledad, llama la atención que ninguna de ellas liga este fenómeno a un único grupo social o de edad, sino que el campo en el que se puede desarrollar abarca todas las cohortes y generaciones, es un fenómeno que no entiende de personas, ni de tiempos, ni de espacios, aunque como hace referencia Rubio (2004) en la actualidad es recurrente que la soledad se encuentre ligada a la vejez.

Como conclusión a la definición de soledad algunos autores (Diez Nicolas & Morenos Páez, 2015) exponen que *“La soledad es entendida como un sentimiento complejo ligado a múltiples aspectos, causas y significados, que han ido variando en el espacio, en el tiempo, e incluso en los diferentes contextos en los que se ha podido manifestar”*. Por eso actualmente, teniendo en cuenta la importancia de este fenómeno cada vez más frecuente en la sociedad española, además del contexto de continuo cambio social, estos definen la soledad como *“la ausencia considerable de relaciones sociales, no querida. Un déficit de incorporación, de participación y de interacción social”*.

2.2. ¿Qué es la salud?

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) define salud haciendo referencia a que, *“la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Es importante destacar que, en esta vigente y actual visión y definición oficial de la salud, además de aspectos biológicos y psicológicos que anteriormente ya se tenían en cuenta en la definición, se comenzó a dar relevancia e incluir los aspectos sociales y es que, los determinantes sociales tienen especial relevancia en cuanto al nivel de salud.

Uno de los principios de la constitución de la OMS (2006) es que los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Por lo tanto, para la adopción de medidas sociales, es importante poner de relevancia y en relación, a aquellos fenómenos y determinantes sociales que tienen incidencia en la salud de la población, para así identificarlos, poder potenciar aquellos que originan un resultado positivo sobre la salud y poner freno, en este caso al sentimiento de soledad. Ya que, como seguiremos viendo a lo largo del desarrollo del trabajo, existen estudios que demuestran la relación entre estos dos conceptos de soledad y salud. Aunque estas medidas se deberían de poner en marcha desde las instituciones públicas como marcan los principios de la constitución de la OMS, en ocasiones no son suficientes o existe un vacío, por lo que muchas asociaciones, fundaciones y organizaciones privadas sin ánimo de lucro ponen en marcha proyectos y programas para paliar fenómenos que inciden en un empeoramiento de la salud.

Desde un enfoque más sanitario Álvarez, (1996) califica este fenómeno como *“el síndrome de la soledad”*, citado por Rodríguez Martín (2009), lo define como el *“estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en su vida”*.

2.3. Relación de estos dos conceptos con trabajo social.

El trabajo social es (Consejo General de Trabajo Social, 2020) *“una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas.”* De esta forma *“los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales”*. *“Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar”*.

De la mano de esta definición, podemos relacionar conceptos como la soledad y la salud, con la profesión y disciplina de trabajo social, debido a que puede ser útil para promover un cambio y fortalecimiento social en la debilidad y pérdida de salud que supone la soledad, a través de programas y/o proyectos para paliar la misma, aumentando así el bienestar de los seres humanos. Se podría decir que la soledad es una preocupación social, que está influyendo en las estructuras organizativas de la sociedad y que además también está originando malestar que afecta directamente a la salud.

Como dice Diez Nicolas & Morenos Páez, (2015) *“el ser humano es un ser social, que por naturaleza necesita relacionarse y sentir que es miembro de un grupo”*. El autor Bermejo Higuera, (2003) afirma que *“el ser humano es un ser social por naturaleza, desde que nace hasta que muere y, por tanto, necesita de los demás para vivir. Su condición de fragilidad le hace solidario y le pone en comunicación con los otros, no sólo para subsistir, sino también para evolucionar hacia la realización personal, ser quien realmente es. Los humanos necesitan de la sociedad para sobrevivir”*, por ello, cuando por determinadas situaciones se da la falta de relaciones sociales y de comunicación con los otros, el individuo puede experimentar la soledad, algo lo cual preocupa al trabajo social porque tiene que ver con la organización de las estructuras de la sociedad actual, el individualismo y el bienestar de las personas entre otros. Por todo esto el trabajo social no puede cerrar los ojos ante tal fenómeno como la soledad, porque además de competencias como la correcta realización de informes, diagnósticos sociales, intervención de casos, etc., la disciplina también tiene como competencias la cohesión social, la promoción de los colectivos en situación de riesgo y la resolución de problemas en las relaciones humanas.

Otra relación clara entre trabajo social, salud y soledad, se ve a través de los determinantes sociales de la salud, que (OMS, 2020) son *“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”*. Los determinantes ponen de relevancia la importancia de los factores sociales en este caso el factor de las relaciones sociales, donde se incluye la soledad, como determinante importante en el estado de salud.

Los determinantes sociales de la salud siguiendo el modelo Lalonde o también conocido como Laframboise, expuesto por Caballero Gonzalez , y otros, (2012), clasifica los determinantes de salud en cuatro grandes grupos:

- La biología humana, que tiene en cuenta aspectos con origen en el propio individuo, (genética, desarrollo, crecimiento y envejecimiento).
- El medio ambiente, en el que se incluyen factores externos al ser humano bajo los que este tiene poco control, (contaminación, ruido, aguas, factores psicosociales y socioculturales nocivos...)
- Los hábitos o estilos de vida, que son las decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y tiene este cierto control, (la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, las relaciones sociales...).

- La organización de los servicios de salud que tiene que ver con la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina, la enfermería, los hospitales, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud y otros servicios sanitarios.

Se pone de relevancia así la importancia de las relaciones sociales buenas como determinantes de salud, dentro del campo de los hábitos o estilos de vida y la organización de los servicios.

Dadas las definiciones anteriores de soledad, esta se podría clasificar como un fenómeno social, por tanto, de relevancia para el trabajo social, cada vez más visible y en relación directa con la salud.

Uno de los objetivos del trabajo social es aumentar el bienestar de la población, y para ello es necesario la detección clara a través de estudios de investigación de un problema social, como en este caso la soledad, que afecta entre otros a la salud y por tanto al bienestar. Una vez identificado la problemática el trabajo social puede poner en marcha programas y/o proyectos de intervención que palien las deficiencias que crean estos problemas, a través de la puesta en marcha de estos, los cuales se van formando en base a unos conocimientos reales del problema en todas las dimensiones y a la puesta en práctica de métodos.

2.4. Tipos de soledad.

El término soledad engloba diferentes tipos de definiciones, que pueden ir en diferentes líneas de pensamiento. Por ello se pueden clasificar diferentes tipos de soledad según las líneas teóricas desde donde se aborde la soledad. De acuerdo con algunos autores (Diez Nicolas & Morenos Páez, 2015) existen dos tipos de soledad, la objetiva y la subjetiva.

- ❖ La soledad objetiva está relacionada con las condiciones objetivas o reales por vivir solo o estar aislado socialmente (Rubio, 2004), ya sea de manera permanente o temporal.

A partir de aquí se pueden dar tres visiones diferentes (Diez Nicolas & Morenos Páez, 2015):

La soledad objetiva entendida desde la elección o deseo del individuo, la cual no se viviría de forma negativa o como un problema, sino como algo positivo para el desarrollo de la persona.

Desde el punto psicológico tendría que ver con la autopercepción y valoración que se tiene de uno mismo y por la cual se elegiría estar solo.

La soledad objetiva como la soledad física, la falta de compañía medida en el número de relaciones (familiares, sociales, personales, laborales...) que tiene el individuo. Se distinguiría entre la soledad buscada, menos frecuente, que se definiría como aquella que se realiza por elección propia, estar solo sin que pueda llegar a sentirse soledad, y la soledad no deseada es cuando se tiene necesidad de relaciones y se carece de red o no se encuentra compañía, la cual desembocaría en una soledad más subjetiva y una sensación de aislamiento.

- ❖ La soledad subjetiva, según Lueisa Blaco & Morel Liso, (2018) es una situación no buscada, una situación obligada, la experiencia psicológica desagradable que surge al percibir déficits en las relaciones sociales. El tipo de soledad catalogada según los expertos (Diez Nicolas & Morenos Páez, 2015), como la soledad más demoledora y preocupante, ya que se vive de manera impuesta y tiene gran relación con la sensación de sentirse solo a pesar de convivir, estar acompañado o en relación, debido a un déficit de

comunicación, de la situación económica y/o social, porque no tiene medios la persona para crear redes, porque sus redes sociales han disminuido, por la ausencia de algún ser querido, entre otras.

No obstante, existen diferentes variables que interfieren en su definición, diferenciando (Diez Nicolas & Morenos Páez, 2015) entre:

La soledad subjetiva entendida como “me siento solo”, un problema de uno mismo, de autopercepción de personas no extrovertidas, que estaría más relacionado con consecuencias de carácter patológico como la depresión.

Entendida como el sentimiento de echar en falta a otras personas, por no tener el acompañamiento socioemocional que se espera y se tiene deseo de relacionarse con los demás.

La soledad subjetiva en relación con las dificultades a la hora de ejercer sus derechos en la vida cotidiana, lo que haría encontrar carencia no solo en lo afectivo o falta de apoyo familiar, sino que también se hablaría de un aislamiento en cuanto a participación en el contexto del desarrollo de su vida (barrio, bienes y servicios de su lugar de residencia).

Por último, encontraríamos dos realidades opuestas dentro de la soledad subjetiva en lo referente a efectos que derivan del individuo, consecuencias físicas, sociales y emocionales.

Por un lado, se da la soledad subjetiva desde la propia elección individual, es decir aquellas personas que, pese a que viven solas o no acompañadas, no se sienten solos. Por otro lado, la soledad subjetiva que no depende de la elección individual y se vive de forma no deseada. Se establece así directamente con la distinción entre vivir solo y estar solo. El primer concepto simplemente describe una forma de vivir, mientras que el segundo implica una valoración emocional. La primera situación se puede abordar con prestaciones y servicios, la segunda implica la creación de redes sociales que mejoren los índices de cohesión de nuestra sociedad, de nuestros espacios de convivencia (Lueisa Blaco & Morel Liso, 2018).

De acuerdo con Pinzano Hermandis & Donio Bellegarde Nunes, (2018) es importante tener en cuenta el tipo de soledad, ya que cada una demanda diferentes recursos para ser aliviada y las figuras de apego no sustituyen a los proveedores de integración social y viceversa. Las personas necesitan tanto de una red social que les facilite la integración, como figuras de apego que ofrezcan seguridad emocional.

3. ANÁLISIS DE LA REALIDAD.

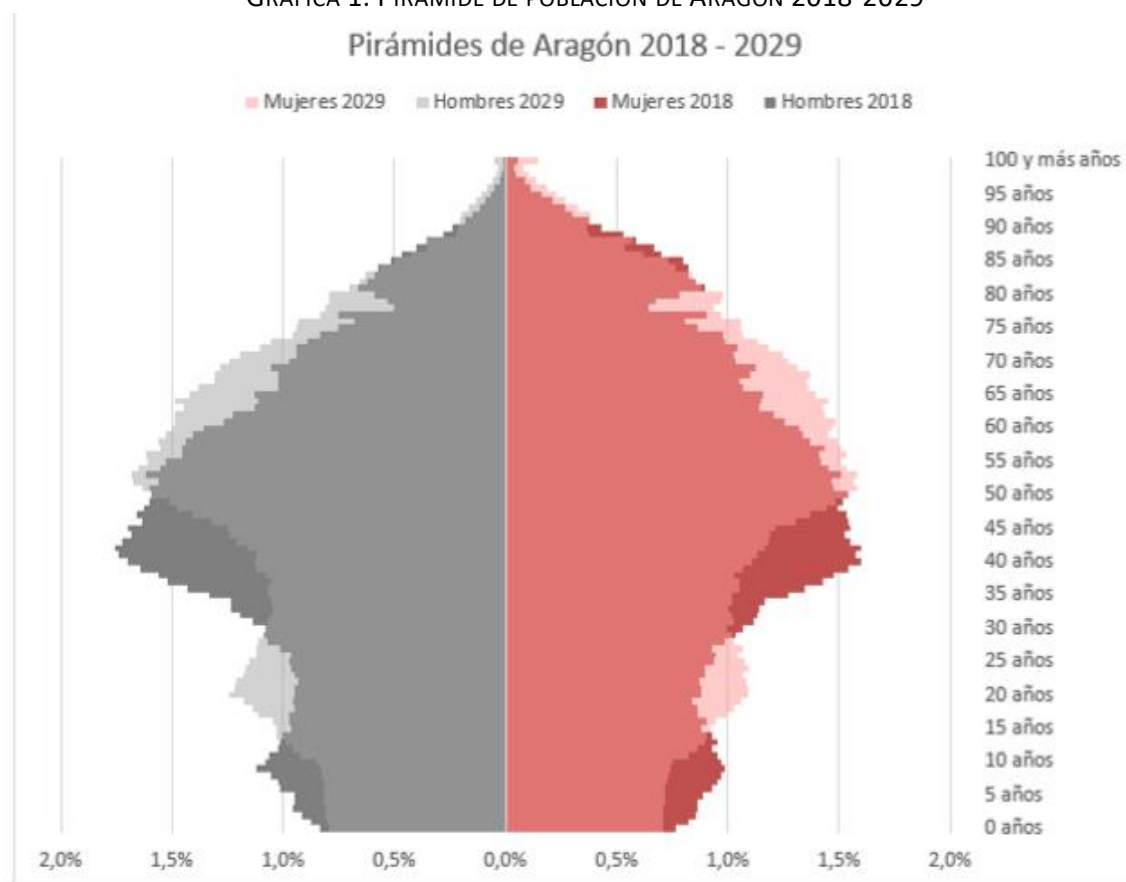
3.1. Datos demográficos.

La situación demográfica de España con datos del padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2018, según el IAEST (2018), revela una población de 46.722.980 habitantes, de los cuales 1.308.728 son aragoneses, siendo Zaragoza la provincia con mayor volumen de población 953.486 habitantes, seguida de Huesca con 219.680, y por último con una gran diferencia con respecto a las otras dos provincias de Aragón, Teruel, que cuenta con menos de la mitad 135.562 habitantes. Teniendo en cuenta el número de habitantes de Aragón se pretende observar la distribución de la población por edades, entre otras variables, para ver cuál es el estado actual de la demografía de Aragón.

Los datos, tablas y cuadros del apartado que se expone a continuación han sido seleccionados de la Estrategia de atención y protección Social para las personas mayores en Aragón (Lueisa Blaco & Morel Liso, 2018), elaborada por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). Así mismo en ese documento los datos y tablas que en el aparecen, han sido proporcionadas por el Instituto Aragonés de Estadística (IAEST).

La realidad representada a través de los datos demográficos ofrece una muestra de que la población española “esta envejecida”, y las estadísticas no prevén cambios hacia un aumento de la natalidad, la cual repercute en la pirámide de población del futuro, sino todo lo contrario.

GRÁFICA 1. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE ARAGÓN 2018-2029



Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística

Fuente: Proyecciones de Población. INE

Actualmente el mayor volumen de población se encuentra entre los 35 y 60 años de edad, esto podría ser debido al conocido fenómeno del “baby boom” de 1958-1977, por lo tanto la previsión marca como se puede observar, que hacia el año 2029 la población de mayor edad será esta misma y estará entre los 55 y 80 años, es decir el volumen de personas de mayor edad subirá considerablemente, en comparación con la población de menor edad, entre los 0 a los 15 años donde la población disminuirá. Convirtiéndose los grupos de personas de mayor edad en una parte importante de la sociedad que tendrá que atenderse desde todos los ámbitos, para alcanzar el bienestar.

TABLA 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

	Aragón	España
Edad media de la población (en años)	44,7	43,1
Índice de envejecimiento	115,9	97,0
Índice de juventud	65,2	77,8
Índice de sobre-envejecimiento	19,5	16,4
Índice de ancianidad	33,3	33,0
Tasa global de dependencia	55,6	51,3

Fuente: Explotación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2018.
Elaboración: IAEST

El aumento de la esperanza de vida, en parte relacionado con personas de cada vez más edad y junto con la escasez de nacimientos y las personas de menor edad, jóvenes, hace que España sea uno de los países más envejecidos de Europa con un 18,8% de población mayor, encabezados por Alemania, Italia, Francia y Reino Unido.

Aragón, tiene una media de edad que se sitúa en los 44,7 años, mientras que en España es un poco menor, unos 43,1 años de media. Sin embargo, hay gran diferencia con respecto al índice de envejecimiento (tiene en cuenta a la población de más de 65 años entre el total de la población), Aragón supera en 18,9 puntos al español, con un 115,9% de envejecimiento y un 19,5% de sobre envejecimiento (tiene en cuenta a personas mayores de entre 75 y 84 años entre la población de más de 65 años). Por otro lado, el índice de juventud (tiene en cuenta el cociente entre la población de 0 a 14 años y la población de más de 65) que se situaría en un 65,2% en Aragón.

TABLA 2. LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN ARAGÓN.

	Personas mayores en Aragón		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
65 a 69	70.355	33.838	36.517
70 a 74	63.231	29.535	33.696
75 a 79	46.725	20.857	25.868
80 a 84	47.401	19.574	27.827
85 a 89	34.954	13.011	21.943
90 a 94	15.658	5.058	10.600
95 a 99	4.046	987	3.059
100 y más	550	100	450
Total	282.920	122.960	159.960

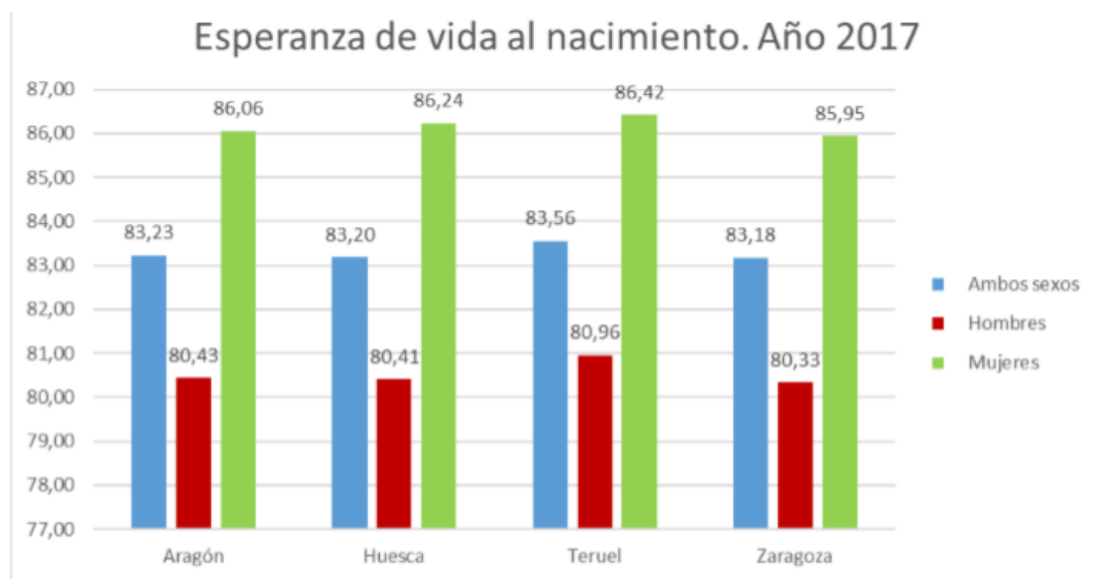
Fuente: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2018

Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística.

El total de personas de 65 años y más en Aragón está entre los 282.920 habitantes mientras que el volumen de jóvenes de entre 0 a 24 años es de 241.424 personas. Las personas mayores de 65 años representarían el 21,62% de la población aragonesa.

Las personas entre los 65 y los 84 años suman un total de 227.712 personas y por otro lado el total de personas con edad muy avanzada, más de 85 años es de 55.208. Es de destacar que la diferencia de volumen entre hombres y mujeres mayores de 65 años es cada vez mayor a medida que se aumenta la edad, siendo el sexo femenino el predominante en la vejez.

GRÁFICA 2. ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

La esperanza de vida al nacimiento en Aragón tiene diferencias en cuanto hombres o mujeres, uno de los factores de esta realidad, podrían ser los diferentes hábitos de vida que hace unos años atrás se tenían, entre

otros. Como se observa en la gráfica 2 la esperanza de vida media en Aragón es de 83,23 años, media la cual las mujeres superan siendo la media de esperanza de vida al nacimiento en mujeres de 86,06 años y la de los hombres de 80,43 años.

GRÁFICA 3.ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS



A los 65 años la esperanza media de vida de las personas mayores en Aragón es de 21,28 años, con un diferencial de 3,98 años entre hombres y mujeres, teniendo los hombres 19,21 años de esperanza de vida a los 65 años y unos 23,19 años las mujeres.

TABLA 3: HOGARES UNIPERSONALES. ARAGÓN

Año	ENCUESTA CONTINUA DE HOGARES (ECH)		
	Hogares unipersonales: 65 o más años		
	Unidades: Miles de hogares. Datos referidos al valor medio del periodo		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2018	65,90	21,00	44,80
2017	63,90	20,20	43,60
2016	64,50	18,80	45,60
2015	64,50	18,50	45,90
2014	63,80	20,40	43,40

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares (ECH)

Aragón tiene cada vez más hogares unipersonales habitados por personas de 65 o más años. El hecho de vivir solo podría incrementar la posibilidad de la aparición del sentimiento de soledad.

En el año 2018 se calcula que había unas 65.900 personas de un total de 282.920 personas mayores de 65 años que vivían solas, es decir un 23,29% de la población mayor de 65 años. Es llamativo el hecho de que son mayoría las personas del sexo femenino las que viven solas, unas 44.800 mujeres en hogares unipersonales,

en comparación con 21.000 hombres, esto podría deberse a una mayor incidencia de la viudedad en las mujeres.

Resulta preocupante que gran parte de esta población con las características propias de la edad esté viviendo sola y puedan llegar a sentir soledad que afectaría a su salud.

Como se ha podido comprobar a través de la realidad demográfica, en Aragón tiene gran importancia el volumen de población mayor y las previsiones demográficas del futuro prevén un aumento de esta población y una reducción de la población joven, por lo que los problemas y necesidades actuales de esta parte de la población se verán al alza en cuanto al número de casos, pero no solo por ello merecen atención en sus necesidades y la búsqueda del mayor bienestar posible, sino que es un derecho el intentar conseguir paliar las necesidades y nuevas realidades que originan deficiencias en el bienestar.

A modo de conclusión y de acuerdo con Lueisa Blaco & Morel Liso (2018), el envejecimiento de la población a nivel mundial es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto del siglo XXI, que representa un desafío global. Proteger los derechos y las necesidades de esta población es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los Estados de Bienestar y sus sistemas de protección social.

3.2. Envejecimiento, vejez y trabajo social.

El envejecimiento desde el punto de vista demográfico se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (65 años y más) con respecto a la población total. Según los materiales de estudio y divulgación (NU. CEPAL. CELADE, 2011) dos elementos estrechamente relacionados son los que determinan el proceso de envejecimiento; el demográfico en relación con las transformaciones en la estructura de la población por causa de la disminución de la fecundidad y la mortalidad, y el epidemiológico que está relacionado con el nivel de menor o mayor incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, y las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes.

Pero dejando de lado la visión demográfica, desde un punto de vista más general el envejecimiento es el proceso presente a lo largo del ciclo vital, ya que comienza en el nacimiento y termina con la muerte, dura mientras dura la vida. Lehr.U (1980) define el envejecimiento como *“proceso dinámico, multifactorial, natural, inevitable e inherente a todos los seres humanos, que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos que definen a las personas cuando están ya mayores”*.

El envejecimiento es un proceso inevitable, universal, que involucra cambios y que generalmente llevan a la pérdida progresiva de la capacidad funcional adaptativa. Sin embargo, cada persona lleva el proceso de envejecimiento de forma diferente, ya que influyen diversos factores; genéticos, del desarrollo afectivo-emocional, sociales, culturales, estilos de vida, apoyos sociales y familiares, cognitivos y mentales... (Lueisa Blaco & Morel Liso, 2018),

Aunque puedan parecer conceptos similares envejecimiento y vejez, no lo son, y es que según Fernández Ballesteros (2004) *“la vejez es un estado de la vida, mientras que el envejecimiento es un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital”*. La vejez se considera la última etapa del envejecimiento del ciclo vital, donde (Alvarado García & Salazar Maya, 2014) *“se aprecia el resultado de todas las experiencias, transformaciones y aprendizajes vividos, y donde se alcanza la máxima expresión en relación con el mundo, llegando a la*

madurez total con aceptación de su trayectoria vital". Es la etapa de la vida en que los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes.

Actualmente, la edad en la que una persona se considera como mayor está cambiando, debido a diversos cambios de la sociedad (mayor esperanza de vida) ... Anteriormente se solía decir que la vejez comenzaba a los 65 años aproximadamente. Sin embargo, a día de hoy a esa misma edad se les considera adultos mayores, estableciendo de 60 a 70 años la senectud, de 71 a 90 años la vejez y en más de 90 años a los grandes ancianos, (Alvarado García & Salazar Maya, 2014). En este trabajo a pesar de ser algo variable, se va a clasificar a una persona como persona mayor de acuerdo con la demografía y la edad cronológica de la jubilación, es decir a partir de los 65 años.

La perspectiva social de la vejez recibe numerosas y variadas denominaciones desde persona mayor, anciano y personas de tercera edad, hasta viejo, discapacidad, antiguo etc., generadores estos últimos de estereotipos y mitos que disminuyen sus capacidades reales y derechos. Se proyecta una imagen negativa y repercute en el propio individuo y otros grupos sociales implicados (Sanchez Palacios, 2004).

De acuerdo con la realidad y alejados de los estereotipos algunas de las características de las personas mayores, lo cual no quiere decir de todas y cada una de ellas, pero si de una gran mayoría de este grupo, según Alvarado García & Salazar Maya (2014), son: una disminución de la velocidad de los procesos del cuerpo y una continua modificación de las habilidades, de la redefinición de uno mismo, las capacidades... Es por ello importante mantener uno de los determinantes primordiales en la vida, como es el buen estado de salud, para el correcto funcionamiento y adaptación a esta etapa en la que se experimentan numerosos cambios.

Según Bermejo Higuera (2003), *"La vejez es uno de los momentos en los que más fácilmente se puede experimentar la soledad, ya que por definición, esta etapa de la vida lleva consigo una sucesión de pérdidas, como el trabajo, el status social, el cónyuge, algunas capacidades físicas, etc., que facilitan la experiencia de la soledad"*

Se pretende que la población mayor lleve a cabo un envejecimiento activo, (OMS, 2015) y este concepto se define como *"El proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez"*. Consiste en procurar el máximo de autonomía posible de las personas, es decir, de potenciar la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria.

El envejecimiento activo mejora la salud ya que, (Lueisa Blaco & Morel Liso, 2018) pretende la participación continuada de la persona en la vida social, económica, cultural, espiritual y ciudadana, lo cual tiene gran impacto preventivo y de promoción de la salud. Además, hace posible que las personas mayores mantengan su potencial de bienestar físico, social y mental. No solo hace referencia a estar activo físicamente u de forma ocupacional, incluye también el contexto individual y social donde se encuentran los recursos personales y del entorno próximo, las redes de apoyo y la red de relaciones, lo cual haría referencia a la reducción de la soledad y el fortalecimiento de estas. Permitiéndoles de esta forma seguir participando activamente en la sociedad, siendo el fomento del envejecimiento activo fundamental para promocionar un desarrollo integral de la persona en su última etapa vital.

Para el trabajo social, las personas mayores, son un colectivo demandante de atención y con el cual se cree importante trabajar. Por ello una rama del trabajo social es el trabajo social gerontológico, que se define como *"la práctica y disciplina científica que se encarga de conocer las causas y los efectos de los problemas*

sociales individuales y colectivos de las personas mayores y de cómo lograr que dichas personas asuman una acción organizada tanto preventiva como transformadora para superarlos” (Martín & Bravo , 2003). Es decir, la intervención realizada desde trabajo social gerontológico tiene como objetivo conocer y cambiar la realidad de las personas mayores, a través del estudio y diagnóstico de sus necesidades sociales, para lograr así una contribución a la mejora de su bienestar.

La intervención con las personas mayores puede realizarse en 3 niveles: individual, familiar y comunitario.

Es importante tener en cuenta que una persona por el hecho de ser mayor no pierde el derecho a participar y tomar sus propias decisiones, es por ello, que la persona mayor debe de ser el centro de acción social, haciéndola protagonista y partícipe activa de las intervenciones sociales que le conciernen, un modelo de intervención destacado para ello sería el modelo de intervención centrado en la persona. Además, también es de especial relevancia que el trabajador social a la hora de realizar un diagnóstico y diseñar y llevar a cabo una intervención tenga en cuenta los factores personales, físicos, intelectuales, culturales y económicos, así como todos los niveles de sociabilidad: la familia, los vecinos, grupos y asociaciones de las que forman parte, instituciones... Es decir, hay que considerar a la persona en su entorno y todos sus aspectos. (Martín & Bravo , 2003)

Las funciones que desde trabajo social se llevan a cabo en el ámbito de la gerontología son tanto de atención directa como de atención indirecta, Filardo Llamas (2011) nos las expone diferenciándolas entre ellas.

Las funciones de atención directa son:

- Prevención: Detectar y prevenir de forma precoz los problemas sociales que les afectan dificultando su integración en la sociedad.
- Promoción: Promocionar y potenciar el desarrollo de sus capacidades, fomentando su participación activa en la sociedad.
- Información: Informar y asesorar sobre sus derechos y recursos existentes a los que pueden acceder.
- Asistencial: Facilitar recursos existentes con el objetivo de satisfacer sus necesidades.
- Rehabilitación: Reinserción de aquellas personas mayores que han sufrido algún tipo de disminución física, psíquica o social.

Las funciones de la atención indirecta:

- Coordinación: Búsqueda de las mejores posibilidades de recursos existentes y planificación de alternativas para intervenir.
- Gestión y tramitación de los recursos para la atención e intervención.
- Documentación: Diseño, elaboración y cumplimentación de los instrumentos propios de trabajo social (informe social, ficha social, historia social...)
- Planificación y evaluación: Diseño de planes, programas, proyectos... en relación con sus necesidades.
- Dirección, gestión, organización y planificación de centros de mayores.
- Formación, investigación y docencia.

Todas estas funciones se desarrollan en una intervención sociosanitaria, siguiendo el método básico de trabajo social. Están orientadas y van dirigida a movilizar y proporcionar a las personas mayores los recursos que más se adapten a sus necesidades para que puedan disfrutar de una vida digna y de calidad y en medida de lo posible, que lo puedan hacer dentro de su entorno. (Filardo Llamas, 2011)

3.3. Personas mayores, soledad, salud y trabajo social.

La soledad como ya sabemos puede darse en las diferentes etapas del desarrollo vital de los seres humanos, sin embargo, la soledad es más frecuente y característica en la etapa de vejez, de acuerdo con Bermejo Higuera, (2003).

Iglesias de Ussel, y otros (2001) dicen que hay que *“tener en cuenta que el trabajo y la familia son los dos ejes principales que estructuran y definen la existencia humana. Siendo así, cualquier cambio sustancial que afecte a alguna de esas esferas, ya sea la laboral o la familiar, representa un riesgo más o menos elevado para la aparición de una serie de problemas de diversa índole, instrumental o emocional, entre los cuales puede y debe incluirse el sentimiento subjetivo de soledad”*.

“Las variables soledad y enfermedad están estrechamente asociadas, sobre todo cuando hay una condición de imposición de ese estado de aislamiento. Es por este motivo que el contacto entre las personas es un determinante de salud. Por eso la falta de esa red social está ligada a la enfermedad.” (Diez Nicolas & Morenos Páez, 2015)

En vista de todo lo anterior, se concluye a modo resumen que la soledad es un fenómeno que se produce en nuestra sociedad con frecuencia, que afecta en mayor medida y de forma previsiblemente creciente a las personas mayores y esto tiene consecuencias negativas en el estado de salud de las mismas, pero... ¿Qué puede hacer el trabajo social?

El trabajo social debería de conocer y trabajar con esta problemática, para en medida de lo posible prevenirla, detectarla de manera precoz y poder intervenir.

Para abordar la soledad de forma profesional a través de una intervención de trabajo social, ya sea comunitaria, familiar o individual, es importante y necesario que la persona reconozca la situación de soledad, quiera acabar con ella, este abierta a cambios, tenga iniciativa y actitud para hacerle frente. Esto podría fomentarse a través del empoderamiento de estas personas, por parte de trabajadoras/es sociales.

De acuerdo con Colom Mastret (2007), el trabajo social busca movilizar a la persona y promover las propias capacidades y recursos de la persona, para que se enfrente a las circunstancias sobrevenidas que le generan sufrimiento. Recurre a estrategias de motivación, de contención, de promoción de las relaciones familiares o de la red social, de integración en el medio habitual.

Hay que tener en cuenta que la soledad de las personas mayores solo puede resolverse mediante la compañía de otros, pero como hemos visto, muchas veces la soledad que sienten es subjetiva, es decir, que a pesar de estar acompañados físicamente por alguien más pueden aun así sentirse solos. Por lo tanto, es esencial que las personas que las acompañen se impliquen en la vida de la persona mayor, en sus preocupaciones y problemas, que los escuchen dándoles espacio a la narración de acontecimientos que encierra su pasado, muestren sus sentimientos, etc.

“El diagnóstico social resulta determinante para el diseño del mejor plan de trabajo, aquel que logre el cambio del estado de la persona, el que modifique su actitud, movilice su predisposición hacia la salud, e implique a su entorno, todo ello en aras del restablecimiento” (Colom Mastret, 2007).

Como he podido observar durante mis prácticas de grado, frecuentemente las personas mayores no conocen los recursos y servicios que tienen a su disposición o en su comunidad, por ello es función del trabajador social mantenerles informados y motivarles a acudir a ellos para poder así favorecer su integración en la

comunidad e intentar que entablen relaciones sociales que les proporcionen el apoyo y la compañía que tanto necesitan. Además, de esta manera las personas mayores crean un sentimiento de pertenencia a un grupo, que en ocasiones han perdido.

El acabar con la soledad, incluso la propia, personal e individual de las personas mayores, no solo es responsabilidad de estas mismas personas que la sufren y sus familias, sino que salir de esta situación debería ser compromiso de la sociedad en general, la cual debe sensibilizarse y tomar conciencia sobre este problema. Por este motivo y para ello, desde el Trabajo Social es importante trabajar en la sensibilización de la población, con programas y proyectos dirigidos a reducir la soledad, con las personas en cuestión y con su familia que suelen ser sus principales vínculos sociales y afectivos. Es importante que la familia se muestre abierta con sus personas mayores y mantengan una comunicación constante con ellos, haciéndoles sentirse valorados e importantes, para si reducir la posibilidad de que se sientan olvidados o apartados dentro de su núcleo.

Por otro lado, desde la Administración Pública deberían llevarse a cabo programas destinados a la prevención de la soledad y, en medida de lo posible, que contribuyan a paliar esta problemática en las personas mayores, ya que como se ha expuesto la salud también es responsabilidad de los poderes públicos.

3.4. Causas de la soledad.

La soledad puede desatarse por múltiples causas, incluso puede verse influenciada por características de la propia persona y del entorno, no hay una única causa fija.

Los factores y causas que según Diez Nicolas & Morenos Páez (2015) tienen relación con la aparición de la soledad, son diversos. Puede verse influenciada por las propias características de la persona (por ser introvertido y/o tímido se da una mayor fragilidad y predisposición del individuo), por el entorno y el contexto de cada persona, pero también existen determinados condicionantes que han aumentado el surgimiento del sentimiento de la soledad de la vida moderna, en el contexto económico y social que es:

- Los elementos sociodemográficos con sus consecuentes transformaciones en la estructura familiar. Los cambios en los modelos familiares han venido precedidos de la baja natalidad y fecundidad, la crisis del sistema de cuidados y la desprotección familiar o la viudedad, junto con una gran influencia del aumento de la esperanza de vida, lo que también ha provocado que gran parte de personas mayores esté sola.
- El problema que conlleva hoy en día el conciliar la vida laboral y personal, que afecta a las personas mayores de la familia en su mayoría y conduce a la soledad.
- El modo de vida que a su vez tiene relación con el contexto en el que se reside. La emigración de los pueblos a las ciudades es un determinante causal importante ya que en el medio rural hay más convivencia, se establecen relaciones más estrechas y directas y se promueve la comunicación y solidaridad con los demás, lo que hace que las personas que están solas no aprecien tanto este sentimiento de soledad, que está aumentando en el medio urbano, ya que, a pesar de estar rodeados de más gente y más recursos que fomenten el contacto social, las relaciones son más superficiales, impersonales, se tiene menos tiempo, se va perdiendo el sentimiento de pertenencia a un grupo o comunidad, entre otros.
- La globalización y la paradoja de las tecnologías, donde a pesar de existir cada vez más canales de interacción entre personas desde cualquier lugar y por tanto mayor flujo de comunicación e información, los expertos opinan que esa comunicación no es tan real y no se puede primar la relación tecnológica

sobre la humana, porque la comunicación así es menos intensa, fluida, profunda y con ausencia del contacto de tipo personal, unido a la brecha tecnológica, lo que da lugar al enfriamiento de las relaciones de “tú a tú”, provocando aislamiento y fomentando el desarrollo de sentimientos de soledad.

- La sociedad cada vez más individualista y menos solidaria, debido a las transformaciones de las redes sociales, la falta de asociacionismo, de convivencia y participación- colaboración en la vida social y con los demás, lo cual está ligado con la falta de comunicación real, de empatía y educación en valores humanos y emocionales.
- Los crecientes procesos de institucionalización de las personas mayores o aquellas con algún tipo de discapacidad, en los cuales se produce una separación del individuo de su red de relaciones, de su entorno y no de su autonomía.
- La situación social y económica actual, debido a que la soledad esta al mismo tiempo en relación con la desilusión y desde esta perspectiva, en un mundo tan competitivo que la crisis hace que aumente, puede conllevar un aislamiento interno y un sentimiento de inutilidad, por ello la soledad puede ir en muchas ocasiones en relación con la insatisfacción en cualquier espera de la vida, no solo en la personal sino también en la laboral, la económica, la familiar...
- El aumento de la tasa de suicidios en España y el incremento de las enfermedades mentales tienen parte del origen, en muchos casos, en estados previos de soledad.

Desde el plan de salud Aragón 2030, la población mayor se establece como un colectivo vulnerable en el que la soledad está aumentando y se propone poner medidas para paliarla. Para ello es necesario buscar y establecer unas causas, que tienen relación con los determinantes actuales de la sociedad, los cuales han sido anteriormente citados, y lo que supone estos cambios en la sociedad que según la Dirección General de Salud Pública (2019), las causas de la soledad en las personas mayores serían:

- Las pérdidas conyugales, familiares y de la red social, las cuales pueden llegar a generar deterioro de la autoestima, la pérdida de roles y crisis de identidad.
- El envejecimiento del organismo y las enfermedades que se pueden desencadenar más fácilmente, llevan a la disminución de la capacidad de autonomía de los mayores y la de desenvolverse en las actividades del día a día.
- La inactividad favorece el progresivo deterioro cognitivo y de movilidad.
- Los bajos ingresos aumentan la posibilidad de no poder acceder por falta de recursos económicos suficientes a servicios o recursos para ser atendidos adecuadamente.
- Los estereotipos falsos (viejos, inútiles, dependientes, incapaces de adaptarse...) que se generan alrededor de las personas mayores generan estigmas sociales, limitan el desarrollo humano de estas personas, distorsionan su autopercepción e influyen en las actitudes y concepciones sociales.

3.5. Consecuencias sobre la salud.

Las consecuencias que la soledad tiene sobre la salud ostentan una importante repercusión, sobre todo en la salud de las personas mayores. El plan de Salud Aragón 2030 elaborado por la Dirección General de Salud Pública (2019), establece las consecuencias negativas de la soledad en los mayores, que son:

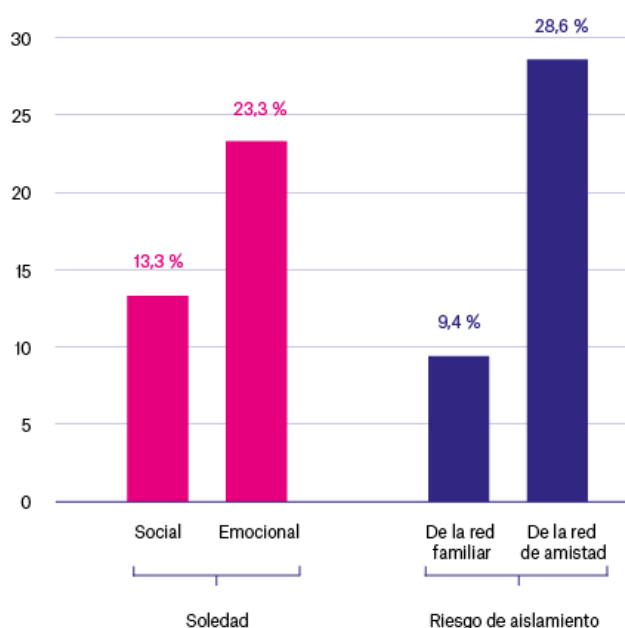
- ✓ *“Ansiedad, depresión y suicidio.*
- ✓ *Deterioro cognitivo y demencia.*
- ✓ *Más riesgo de morir prematuramente.*
- ✓ *Aumento del riesgo de padecer incidentes domésticos y de no ser atendidos debidamente.*
- ✓ *Riesgo de sufrir abusos y maltratos.*
- ✓ *Insomnio, miedo y percepción de amenaza.*
- ✓ *Aumento de posibilidades de sufrir enfermedades cardíacas, obesidad, diabetes o Alzheimer”*

La falta o disminución de relaciones familiares, sociales y culturales añade (Dirección General de Salud Pública, 2019), *“no solo afecta al comportamiento, sino que también altera las hormonas del estrés, la función inmune y la función cardiovascular del individuo, desencadenando una serie de incidentes que precipitan el proceso de envejecimiento y aumentan los riesgos de morir prematuramente”*.

3.6. Estudios y relación de la soledad con personas mayores y la salud.

Tras una búsqueda exhaustiva de datos de la prevalencia de soledad en España y según los estudios de Pinzano Hermandis & Donio Bellegarde Nunes (2018), se concluía que *“en España no existían estudios sobre la prevalencia de la soledad a nivel nacional o por el contrario no habían sido encontrados”*. Pero un reciente Estudio del Observatorio social de la Caixa (Yanguas, Cilveti , & Segura, 2019) nos ofrece algunos datos cuantitativos en referencia a la soledad.

GRÁFICA 4: ¿A CUÁNTAS PERSONAS AFECTA LA SOLEDAD Y EL RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL?



Fuente (Yanguas, Cilveti , & Segura, 2019)

A través de este estudio de investigación, con una pequeña muestra representativa de 1.688 personas, se llega a la conclusión que la repercusión de la soledad y el aislamiento social en nuestra sociedad actual están más extendidos de lo que habíamos imaginado.

Un 43,6% de las personas encuestadas están en riesgo de aislamiento social o se sienten solas; un 11,8% está en las dos situaciones a la vez, y menos de la mitad, un 44,6% no declara ningún tipo de riesgo de aislamiento social o sentimiento de soledad.

En España solo ha sido encontrado este estudio cuantitativo de Yanguas, Cilveti , & Segura (2019), sin embargo, en Reino Unido el gobierno se ha percatado del gran problema que puede suponer la soledad en su población (HM Government, 2018) y se calcula que entre el 6% y el 18% de la población se siente sola, lo cual podría afectar a muchos aspectos de la vida, incluida nuestra salud, ya que a menudo, sentirse solo se ha relacionado con muertes tempranas y un mayor riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, depresión, deterioro cognitivo y Alzheimer.

También se han desarrollado estudios cualitativos como los presentados a lo largo del trabajo, tanto dentro como fuera de España y a nivel internacional. Se cuenta con estudios, intervenciones y proyectos que podrían ser de ejemplo e inspiración a la hora de desarrollar actuaciones en relación con la soledad y dirigidos a la promoción de la salud, como podría ser el estudio de Routasalo , Tilvis , Kautiainen , & Pitkala (2009), a través del cual obtiene unos datos que pueden constatar su conclusión de que *“con una intervención grupal psicosocial bien planificada y dirigida profesionalmente, es posible empoderar y activar socialmente a las personas mayores solitarias y fortalecer su bienestar”*.

A pesar existir instrumentos para medir y evaluar la presencia, intensidad y tipos de soledad, entre ellas encontramos la escala Loneliness Scale UCLA (véase anexo A), la escala de soledad de Jong Gierveld, la escala (SELSA) Social and Emotional Loneliness Scale for Adults, la escala (ESLI) Emotional and Social Loneliness Inventory y la pregunta única de soledad, se percibe la ausencia de datos concluyentes cuantitativos sobre la soledad en España. Pero sin embargo, si se puede determinar que existe correlación entre la soledad, el estado de salud y las personas mayores, y es que como se ha expuesto y demostrado anteriormente las relaciones son:

- Soledad y los determinantes de la salud; ya que las relaciones sociales de acuerdo con el modelo Lalonde (Caballero Gonzalez , y otros, 2012) entran dentro de los hábitos y estilos de vida que a su vez tienen repercusión en la salud. Referenciado por los expertos Barragan, Moiso, Mestorino, & Ojea (2007), el apoyo social definido por la OMS es uno los determinantes sociales de salud. Según este mismo libro por redes sociales de apoyo se entiende, *“tener familia o amigos disponibles en tiempos de necesidad y creerse o sentirse útil para apoyar cuando otros están con necesidad*.

El apoyo de familiares, amigos y comunidades está asociado con una mejor salud. Puede afectar a la salud psicológica (emocional), la salud física, la percepción de salud y la manera en que individuos y familias manejan la enfermedad y la dolencia”.

“Las personas con menos apoyo social y emocional experimentan menos bienestar, más depresión, un riesgo mayor de complicaciones en el embarazo, y de invalidez en las enfermedades crónicas” (WHO, 2003).

Yanguas, Cilveti , & Segura (2019) establecen que *“La soledad es un problema social y de salud pública de primera magnitud. Además de afectar al bienestar psicológico de las personas, su presencia se asocia con peores niveles de salud y mayor riesgo de mortalidad.”*

- Soledad y vejez: Las personas mayores son un colectivo vulnerable a la soledad, por las características intrínsecas a la etapa de la vejez, así como los cambios en el trabajo(jubilación), entorno, la familia(viudedad). Además, la soledad es uno de sus temores y preocupaciones de carácter no físico que les preocupa (Iglesias de Ussel, y otros, 2001)).

El estudio realizado por el Observatorio social de la Caixa (Yanguas, Cilveti , & Segura, 2019) advierte que *“la soledad no afecta por igual a todos los estratos de la población. Tanto los sentimientos de soledad como el aislamiento social crecen con la edad, sobre todo entre las personas mayores jubiladas”*. Por tanto, podemos decir que son las personas mayores las más vulnerables a la soledad y que por ello a la hora de elaborar programas para paliarla debería ser este grupo de población el objeto principal de intervención social para la mejora en su calidad de vida.

El aumento de la esperanza de vida, con el consiguiente envejecimiento de la sociedad hace que España sea uno de los países más envejecidos del mundo. En un futuro se prevé que se mantenga esta tendencia de aumento del envejecimiento y disminución de la fecundidad, incluso aumente, lo que podría suponer el debilitamiento de los sistemas de apoyo familiar y de seguridad en la vejez con menos fuentes de apoyo y soporte familiar (Martinez, 2017), lo cual podría conllevar un aumento de la soledad con la consecuente aparición o agravamiento de patologías que repercuten negativamente a la salud de estas personas y su calidad de vida.

- Los hogares unipersonales y soledad: En Aragón como ya se ha expuesto en el apartado de demografía el 23,29% de la población es mayor de 65 años.

Vivir solo no es una causa directa de soledad, porque una persona puede vivir sola y no sentir soledad y una persona por el hecho de vivir acompañada no es ajena de sentir soledad. Sin embargo, existe cierta asociación que hay que tenerla en cuenta, debido a que el vivir solo puede ocasionar con mayor facilidad aislamiento social y a su vez puede llevar al desarrollo del sentimiento de soledad. Pinzano Hermandis & Donio Bellegarde Nunes, (2018) tras la revisión de algunos estudios concluyen que las personas que viven solas se sienten más solas que sus pares que viven acompañadas, ya que las personas que pasan más tiempo solas tienen mayor riesgo de sentirse solas. Además, un aspecto a tener en cuenta es la diferencia que puede suscitar vivir solo por voluntad propia o si resulta de una condición impuesta por las circunstancias de la vida (viudedad, circunstancias familiares...) es aquí en relación a la viudedad y la soledad cuando entra el género a jugar un papel importante, y es que debido a la esperanza de vida hay mayor probabilidad de que las mujeres mayores vivan solas a edades muy avanzadas en comparación con los hombres.

3.7. Programas y proyectos para paliar la soledad en España.

Actualmente, en España se están llevando a cabo diferentes programas y proyectos dirigidos a frenar y paliar la soledad de las personas mayores, pero... ¿son suficientes?

De acuerdo con Pinzano Hermandis & Donio Bellegarde Nunes (2018), los *“Programas de voluntariado y recursos de atención comunitaria están teniendo que ampliar sus ámbitos de actuación y multiplicar sus esfuerzos para llegar a un número cada vez mayor de personas que se encuentran en situación de soledad”*. A pesar de esto, este sector de acción social y de trabajo comunitario, no es suficiente para hacer frente al problema de la soledad, es necesario la *“implicación de las administraciones públicas, las cuales deben implementar programas amplios de seguimiento y control de personas en situación de soledad a edades avanzadas, en colaboración con fundaciones, organizaciones no gubernamentales y el tejido empresarial de*

atención social". Así como también sería necesario, la puesta en marcha por parte de administraciones públicas, de las propuestas y recomendaciones políticas para abordar la soledad descritas en el marco de actuación para personas mayores en España (MSSSI, 2014), las cuales hacen especial hincapié en la necesidad de combatir tanto la soledad social como emocional, y el aumento de la formación a los profesionales y personas que están en contacto con las personas mayores, para que así les sea más sencillo dirigir sus actuaciones a prevenir y contener la soledad.

En Aragón se ha llevado a cabo recientemente por parte del Justicia de Aragón un Informe Especial sobre Mayores en Soledad no elegida (Justicia de Aragón, 2019), en el cual se trabajó y planteó de forma conjunta entre treinta y ocho entidades y asociaciones, recomendaciones y propuestas para acabar con la soledad, siendo la más destacada e importante la de mejorar la coordinación interadministrativa y especialmente entre los sectores sanitarios y servicios sociales.

Algunos de los proyectos- programas más destacados que se están llevando a cabo para tratar de paliar el problema de la soledad en personas mayores en España, se destacan en el informe del Justicia de Aragón (2019), a estos se ha añadido otros en los que se ha indagado (véase Anexo B).

Como se ha podido comprobar, en España hay interesantes y grandes programas- proyectos que están tratando de lidiar con la soledad de las personas mayores. A pesar de que existen diferentes formas y metodologías para hacerlo, todas persiguen el objetivo de reducir o acabar con la soledad de las personas mayores, para aumentar el bienestar y evitar los efectos negativos que esta tiene sobre la salud y vida de las personas.

Las intervenciones en el ámbito de la soledad pueden lograr reducir la soledad subjetiva o emocional favoreciendo la participación social, el aumento de la red social o la integración comunitaria.

Tras la búsqueda y revisión sistemática de las intervenciones realizadas con personas mayores en soledad, y de acuerdo con Pinzano Hermandis & Donio Bellegarde Nunes (2018) se ha encontrado que *"las intervenciones más eficaces son las intervenciones grupales, con actividades de apoyo y educativas, que se dirigen a grupos específicos, se apoyan en los recursos existentes en la comunidad e incluyen un apoyo y un entrenamiento a los facilitadores."*

4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL.

Título del proyecto:

UNI2, UNI-DOS, UNIDOS.



4.1. Identificación

4.1.1. Resumen.

El proyecto consiste en crear redes sociales y de apoyo, en las personas mayores en soledad no deseada, para así disminuir la soledad y aumentar la inclusión social.

Se pretende poner en contacto a las personas mayores en soledad con voluntarios universitarios previamente formados, una vez a la semana un par de horas, para que establezcan una relación de confianza y de apoyo, y a través de esta red empezar a construir nuevas redes en la comunidad, animando a participar, informando, empoderando, participando juntos, poniendo en contacto a diferentes participantes, incluyéndolos en actividades, cursos... que se realizan en la comunidad, etc.

4.1.2. Análisis de los participantes:

El proyecto va dirigido a personas mayores, tanto hombres como mujeres, de 65 años o más, que estén solas, tengan y/o sientan soledad.

Debido a las características del proyecto, este está orientado hacia personas sin dependencia, o por el contrario si es el caso, con un grado I de dependencia como máximo.

Otro agente importante del proyecto son los voluntarios universitarios (redes intergeneracionales), ellos son los encargados de llevar a cabo el proyecto de forma directa, junto con el técnico profesional que los dirigirá.

Está pensado principalmente para personas que se encuentren en la ciudad de Zaragoza, pero de acuerdo con las posibilidades de disposición de voluntarios podría hacerse extensible a alrededores.

TABLA 4. CUADRO DE INVOLUCRADOS

CUADRO DE INVOLUCRADOS			
GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS	RECURSOS Y MANDATOS
Personas mayores solas (Implicados directos, primarios)	<ul style="list-style-type: none">- Visibilidad.- Conseguir redes, sociales y/o de apoyo.- Mejorar o mantener un buen estado de salud.- Sentirse útiles e integrados en la sociedad.- Ser escuchados.	<ul style="list-style-type: none">- Soledad.- Falta de redes familiares, sociales y/o de apoyo.- Reducción del círculo social.- Aislamiento.- Aburrimiento.- Inutilidad.- Exclusión y estigmatización.	<ul style="list-style-type: none">- Experiencia personal.- Sujetos de intervención.- Capacidades personales.

Voluntarios universitarios (Implicados directos, primarios)	-Empatía. -Solidaridad. -Bienestar de las personas mayores. -Nuevas experiencias y conocimientos. -Mejorar y paliar la soledad. -Créditos universitarios.	-Tiempo. -Falta de adaptación y compatibilidad con las personas mayores. -Falta de voluntarios. - Ausencia de compromiso	-Capacidades humanas. - Solidaridad. -Voluntariedad. -Relaciones intergeneracionales
Instituciones-asociaciones. Servicios sociales (implicados indirectos, secundarios)	-Integración de las personas mayores y reducción de la soledad. -Envejecimiento activo. -Mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas mayores y resto de la población.	Desconocimiento de estos servicios por parte de la población. -Dificultad de diagnosticar la soledad.	-Experiencia. -Detección de personas solas. -Profesionales. -Servicios, prestaciones y recursos.
Población en general (implicados indirectos o neutrales)	-Bienestar a lo largo de la vida. -Cuidados y apoyos de calidad.	-Sociedad ajena. -Prejuicios y estigmas. -Falta de visibilidad	-Población comprometida. -Construcción de redes.
Políticos (implicados indirectos o neutrales)	-Alcanzar mayores cuotas de bienestar de la población. -Acabar con la soledad.	-No reportes económicos directos e inmediatos. - Falta de interés	-Planes, programas, proyectos. - Fomento de investigaciones. -Políticas para paliar la soledad.
Medios de comunicación y RRSS (implicados indirectos o neutrales)	-Dar a conocer la realidad/actualidad. -Visibilizar temas virales. -Abordar la problemática.	-Propagación de bulos	-Plataformas y medios para difundir y dar a conocer el proyecto.

Fuente: elaboración propia.

4.1.3. Análisis de problemas:

Las personas mayores de 65 años son un colectivo que tiene un riesgo de exclusión social más elevado, por ello es conveniente hacer frente a problemáticas que les afectan y les dificultan salir de ella. Algunas problemáticas son:

Problemas en el ámbito salud

5. Aumento del riesgo de sufrir enfermedades crónicas.
6. Mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas.
7. Insuficiente atención médica o con grandes listas de espera.
8. Decline funcional.
9. Dependencia. (sociosanitario)

Problemas en el ámbito económico

10. Pobreza económica (pensiones asistenciales, no contributivas)
11. Escasez de pensiones.
12. Vivienda en malas condiciones y/o con baja adaptabilidad.

Problemas en el ámbito social y personal:

13. Soledad.
14. Escasa visibilidad del colectivo de las personas mayores.
15. Soporte familiar/ social deficitario.
16. Disminución de oportunidades de interacción social.
17. Baja autoestima.
18. Falta de recursos para una atención integral.

Problemas en el ámbito educativo:

19. Bajo nivel cultural y educacional.
20. Brecha tecnológica.

Problema central —► SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS.

A raíz del seleccionado problema como central (soledad de las personas mayores de 65 años), analizamos e identificamos las causas:

Personales:

- Falta de compañía y apoyos.
- Desvinculación de grupos sociales; por miedos, jubilación, falta de compañía, viudedad...
- Reducción de las redes sociales y del círculo social.
- Aislamiento.
- Vergüenza y prejuicios a admitir la soledad.
- Envejecimiento percibido como un problema.

Externas:

- Falta de políticas sociales para paliar la soledad (parámetro).
- Estudios de la soledad a nivel nacional nulos (parámetro).
- Escasez de proyectos dirigidos a paliar la soledad.
- Estigmatización de las personas mayores.
- Escasa visibilidad del problema de la soledad.
- Normalización de la soledad de las personas mayores.

Efectos sustanciales y directos del problema:

- Problemas de salud; insomnio, ansiedad, depresión, deterioro cognitivo, obesidad, sedentarismo...
- Problemas emocionales.
- Baja autoestima.
- Desmotivación.
- Pérdida de habilidades sociales.
- Dificultad de poder contar con ayuda cuando la necesitan.
- Sentimiento de invisibilidad.

4.1.4. Análisis de los Objetivos:

Objetivos pasan a reflejar una situación opuesta a los problemas (soluciones futuras), lo cual permite orientar las áreas de intervención que corresponden plantear en el proyecto. Estas deben constituir soluciones reales y factibles de los problemas que le dieron origen.

- ✚ El problema central: la soledad de las personas mayores pasa a convertirse en objetivo general: incluir socialmente a personas mayores en soledad.

TABLA 5. DE PROBLEMAS A OBJETIVOS

PROBLEMAS	OBJETIVOS
SOLEDAD DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS	INCLUIR SOCIALMENTE A PERSONAS MAYORES EN SOLEDAD
Falta de compañía y apoyos.	Crear redes y vínculos.
Desvinculación de grupos sociales; por miedos, jubilación, falta de compañía, viudedad...	Integrar en la comunidad.
Reducción de las redes sociales y del círculo social.	Aumentar las redes sociales y de apoyo de las personas mayores en soledad.
Aislamiento.	Empoderar.
Vergüenza y prejuicios a admitir la soledad.	Diagnosticar lo antes posible la soledad, tratar y hablar abiertamente de ella.
Envejecimiento percibido como un problema.	Resaltar y visibilizar el envejecimiento de forma positiva.
Falta de políticas sociales para paliar la soledad.	PARÁMETRO.
Estudios de la soledad a nivel nacional nulos.	PARÁMETRO.
Escasez de proyectos dirigidos a paliar la soledad.	Crear proyectos que contribuyan a disminuir la soledad.
Estigmatización de las personas mayores.	Sensibilizar a la población para paliar los estigmas y prejuicios.
Escasa visibilidad del problema de la soledad.	Visibilizar e informar sobre la problemática de la soledad.
Normalización de la soledad en las personas mayores	Fomentar el envejecimiento activo y concienciar a la sociedad sobre este.

Fuente: elaboración propia.

TABLA 6. DE EFECTOS A FINES

EFFECTOS	FINES
Problemas de salud; insomnio, ansiedad, depresión, deterioro cognitivo, obesidad, sedentarismo...	Disminución de problemas de salud.
Problemas emocionales.	Empoderamiento y fortalecimiento de emociones positivas.
Baja autoestima	Reforzamiento de la autoestima.
Desmotivación.	Estimulación y potenciación de la motivación.
Pérdida de habilidades sociales	Desarrollo de las habilidades sociales.
Dificultad de poder contar con ayuda cuando la necesitan.	Estimulación para la creación de redes de apoyo e información de recursos existentes.
Invisibilidad	Visibilización del colectivo y la problemática de la soledad.

Fuente: elaboración propia.

4.1.5. Alternativas:

TABLA 7. ALTERNATIVAS

Criterios	Alternativa 1. AUMENTO DE LAS REDES SOCIALES Y DE APOYO DE LAS PERSONAS MAYORES EN SOLEDAD.	Alternativa 2. Sensibilización a la población para paliar los estigmas y prejuicios.	Alternativa 3. Visibilización de la problemática de la soledad
Costo	Crear redes sociales y de apoyo a través del voluntariado y la inclusión en la comunidad de las personas mayores. Para ello se irán desarrollando unas actividades y se irá trabajando con las personas mayores en soledad. Coste económico bajo.	Realizar campañas de sensibilización (publicidad, carteles, flyers...), llevar a cabo charlas para concienciar a la población, poner en marcha actividades de sensibilización (ej: acompañamientos, microrrelatos...) Coste económico medio(impresiones).	Realizar estudios sobre la prevalencia de la soledad y exponer sus datos. Concienciar sobre sus causas y las consecuencias y la importancia de acabar con la soledad no deseada. Coste económico bajo-medio.
Tiempo	1-2 años, durante el curso escolar. Ampliable según la respuesta.	1 año.	1 año.
Impacto sobre la población	Impacto positivo para el bienestar de las personas mayores en soledad, ya que supondrá un aumento de redes y vínculos sociales. También para los voluntarios. Para el resto de la población, se crearía más sentimiento de comunidad.	Impacto positivo en la población debido a que se va a dar a conocer una realidad previamente desconocida o poco valorada. Este aprendizaje supondrá también beneficios para las personas en soledad.	Beneficio para la población, la cual conocer la problemática y podrá actuar en consecuencia.

Fuente: elaboración propia.

Una vez definidos los criterios de cada una de las alternativas, se ha decidido abordar la primera alternativa que trata del **aumento las redes sociales y de apoyo de las personas mayores en soledad**.

El motivo para escoger esta alternativa ha sido el considerar que es la que más beneficios tendrá en el colectivo afectado y también la posibilidad de involucrar a otros colectivos, al mismo tiempo que se crea concienciación sobre el problema de la soledad. Además, se recuerda que según (Pinzano Hermandis & Donio Bellegarde Nunes, 2018) son más eficaces las intervenciones grupales, con actividades de apoyo y educativas, que se dirigen a grupos específicos, se apoyan en los recursos existentes en la comunidad e incluyen un apoyo y un entrenamiento a los facilitadores.

4.2. Formulación.

4.2.1. Justificación:

España está sufriendo un fuerte envejecimiento y con el paso de los años se prevé que se agrave cada vez más. Este hecho implica que cada vez haya más personas mayores en nuestra sociedad, y que por tanto se produzcan con más frecuencia problemas que afectan a este colectivo si no se combaten.

Tras el primer análisis de la realidad se delimita y se llega a la conclusión de que la soledad es una problemática que afecta a la salud, sobre todo de las personas mayores, el grupo más vulnerable a esta, y con el cual se debería actuar prioritariamente.

Por todo lo señalado anteriormente en el marco teórico y análisis de la realidad, por ser de especial interés tanto social como sanitario, estar en alza, e influir de forma directa e indirecta en la sociedad, la reducción de la soledad debería trabajarse de forma multidisciplinar y coordinada, tanto a través de estudios como a través de intervenciones dirigidas a paliar la soledad, las cuales deberían de mostrar una evaluación de las mismas para mejorarlas o continuar con las buenas prácticas.

Desde mi perspectiva de estudiante de último curso de trabajo social, y por tanto futura profesional, en vista de la realidad, de lo que supone la soledad en las personas mayores, los consecuentes peligros y amenazas para la salud y bienestar de estas, y los consiguientes efectos en el resto de población, creo necesario más intervenciones dirigidas a atenuar la soledad. Por eso, quiero realizar un diseño de proyecto de intervención, el cual ayude a paliar este sentimiento de soledad de una parte de la población mayor aragonesa, mejorando así la calidad de vida de estas personas, atendiendo a las necesidades de sociabilidad y relación las personas.

A la hora de la intervención, como profesionales de trabajo social, debemos partir teniendo en cuenta los principios de los derechos humanos y la justicia social, así como los fundamentos de la ética de trabajo social, que son y hacen referencia al respeto al valor y dignidad de toda persona (derechos indivisibles y universales), la libertad y la igualdad. De aquí se desprenden la necesidad de poner medios para alcanzar dichos derechos, los cuales están dirigidos al desarrollo de acciones de prevención y defensa frente a las situaciones de injusticia. Por lo tanto, en el ejercicio profesional deben estar como base estos valores y los principios de actuación que se establecen en el propio Código Deontológico del Trabajo Social.

Es muy importante que la sociedad tome conciencia sobre nuestros mayores y las problemáticas que les amenazan, como en este caso es la soledad no deseada, la cual está provocando consecuencias negativas. También, es importante que se intervenga adecuadamente con esta problemática, a la que actualmente no

se le da mucha importancia, y que se creen medidas, programas, recursos, servicios, etc. para poder dar respuesta paliando la soledad en los mayores.

Aunque en Aragón se están desarrollando diferentes proyectos para tratar de paliar la soledad, no son suficientes. Este proyecto que se está creando “Uni-dos” podría ser muy gratificante y enriquecedor para las personas mayores que participen en él, ya que les permitirá crear redes de apoyo y compañía, intentando hacer desaparecer en la mayor medida de lo posible los sentimientos de soledad, haciendo crecer en ellos el sentimiento de pertenencia a un grupo, proporcionando a la persona mayor en soledad compañía durante unas horas a la semana, actividades de ocio, oportunidades para ampliar sus redes sociales y de apoyo, conocer gente nueva, empoderarlos...

Por todo ello, creo que “Uni-Dos” podría ser un proyecto interesante, que también podría responder y fomentar el envejecimiento activo, que además responde de forma adecuada a la situación actual que sufren muchas personas mayores, y tiene la posibilidad de alcanzar resultados muy positivos en la calidad de vida y salud de estas personas, al mismo tiempo que dejase una huella de concienciación en la ciudadanía.

4.2.2. Objetivos generales, específicos y operativos

Objetivo general:


- ✓ Incluir socialmente a las personas mayores en soledad.
- ✓ Aumentar las redes sociales y de apoyo de las personas mayores en soledad.

Objetivos específicos:

- ✓ Proporcionar acompañamiento una vez a la semana.
- ✓ Crear redes de apoyo intergeneracionales.
- ✓ Aumentar la autoestima.
- ✓ Motivar y fomentar el estar activo.
- ✓ Poner en contacto a personas con necesidades de compañía.
- ✓ Informar e incluir en actividades de la comunidad.
- ✓ Crear el sentimiento de pertenencia a un grupo.

4.2.3. Metodología:

La metodología utilizada para el desarrollo del proyecto va a ser la participativa y científica. El proyecto se llevará a cabo por fases progresivas.

 Fase de preparación.

Antes de comenzar el proyecto, como etapa previa debemos tener en cuenta la captación y formación del voluntariado, así como captación- identificación de personas mayores en soledad dispuestas a participar en el proyecto, y la búsqueda de un local o aula para llevar a cabo algunas de las actividades del proyecto y sirva como punto de reunión.

- Para captar a voluntarios sería interesante poner en marcha métodos de publicidad, como el reparto de folletos informativos, correo electrónico de la universidad, redes sociales...

Los voluntarios serán formados previamente a través de una metodología educativa para voluntarios, con información básica, teorías, pautas de intervención y actividades, orientadas hacia el trato de las personas mayores en soledad. Además, se darán a conocer las fases a llevar a cabo en el proyecto con sus actividades y talleres. Estarán coordinados por un/a trabajador/a social, que también formará, apoyará, motivará y resolverá dudas...

El motivo de crear un grupo de voluntarios universitarios es crear una red social intergeneracional, que pueda reportar beneficios en cuanto a nuevos conocimientos y perspectivas, concienciación...

- Para acercarlo a personas en soledad se publicitará el proyecto a través de diferentes medios; carteles, si es posible medios de comunicación y se dará a conocer en las instituciones tanto públicas como privadas a través de folletos informativos y comunicaciones, para que puedan dar información sobre el proyecto y animen a usuarios que crean- diagnostiquen soledad.
- Búsqueda de lugar donde realizar la formación con los voluntarios, las entrevistas, reuniones... Podría ser que una facultad de la red del Campus de Zaragoza nos dejase hacer uso de una de sus aulas (ya equipadas), bajo unos horarios y compromisos acordados. Sino fuese posible, investigar sobre otros recursos de bajo o cero costes de la comunidad o alquiler económico de un local céntrico y accesible.

También como fase previa se establece como necesario para llevar a cabo:

Una entrevista de la trabajadora social con los voluntarios para conocer sus motivaciones, personalidad, preferencias, gustos y aficiones. Y una entrevista individual de la TS con la persona en soledad para presentar el proyecto, realizar un diagnóstico, a través de la escala "UCLA" para medir la soledad (véase Anexo A). Tras estas entrevistas además de conocer todo lo anterior se pretende poner en contacto a la persona en soledad con el voluntario más afín a esta, con el fin de evitar estar cambiando de voluntario y persona mayor y fomentar la creación de una red social fuerte, es decir, cada voluntario llevará a cabo todas las fases del proyecto con una misma persona si no surge ningún inconveniente.

Tras esta fase inicial de preparación comenzaremos con la puesta en marcha del proyecto en sí.

Fase I: Conociéndonos.

Se pretende que durante las primeras semanas el voluntario se junte una vez a la semana dos horas, en casa de la persona en soledad se conozcan el uno al otro, y vayan estableciendo una relación de confianza. Para ello se llevarán a cabo diversas actividades. Los horarios y el día serán a acordar entre ellos, según mejor les convenga.

Fase II: Nos relacionamos.

Más adelante se empezarán a hacer salidas a la calle, paseos, visitas y si es posible porque hay más personas en el proyecto que están en el barrio y en cercanía, juntarse con estas otras personas solas y sus voluntarios en algún parque o bar de la zona, para que se conozcan y vean que hay más personas en la misma situación y que podrían apoyarse el uno al otro, quedar, proponerles actividades...

Fase III: Aprendemos.

Tras varias semanas desde la puesta en marcha del proyecto se llevarán a cabo actividades para investigar a cerca de sus gustos, aficiones y cosas que antes hacían y ahora han dejado de hacer por verse solos.

Se pondrán en marcha actividades que a uno le gustan y viceversa, fomentando el intercambio de conocimientos.

En esta fase es muy importante que se vayan transmitiendo las expectativas de las personas mayores y sus gustos, actividades... para que así el voluntario informe a la trabajadora social coordinadora del proyecto, y esta se encargue de buscar recursos, talleres, centros, asociaciones y/o experiencias que se adapten a lo que podrían gustarle a la persona. La TS se lo transmitirá al voluntario para que este le haga la propuesta y anime a acudir juntos a esos mismos talleres, centros...

Fase IV: Allá Vamos.

Una vez la persona mayor está motivada y acepta la propuesta de acudir a la actividad, taller, centro, asociación u otros, estos irán juntos aprendiéndose así el camino, quitando los miedos, mostrándole que estarán esperando su llegada en la actividad, ..., para así cuando el proyecto acabe o la persona ya haya cogido confianza, se encuentre con que tiene un nuevo núcleo y está integrada en una comunidad, no está sola.

Fase V: Nuevos compromisos y diplomas.

Se llevará a cabo durante las dos últimas semanas antes de la finalización del proyecto. Se pretende que voluntarios y personas mayores se digan lo que han ido aprendiendo y lo que ha supuesto para ellas el proyecto. Se pasarán unos cuestionarios para ir contestando y poder completar la evaluación del mismo. Se dará cierre al proyecto con una reunión en la que se establecerán nuevos compromisos.

Al finalizar cada fase habrá una reunión de los voluntarios para relatar experiencias, dificultades, dudas y concretar las siguientes fases. Así como la realización de llamadas telefónicas a la persona mayor para conocer su experiencia en el proyecto, acoger propuestas...

Se llevará a cabo un seguimiento telefónico por parte de él/ la profesional, para ver si siguen incluidos en la comunidad...

4.2.4. Actividades:

Cada una de las actividades planteadas para llevar a cabo irán destinadas a la consecución de los objetivos específicos, que a su vez todos ellos nos permitirán conseguir el general.

TABLA 8. ACTIVIDADES DEL PROYECTO.

FASES	ACTIVIDADES	OBJETIVO
Fase: Preparación	P.1.Búsqueda y captación de voluntarios.	Incluir socialmente a las personas en soledad.
	P.2.Captación de personas mayores en soledad.	
	P.3. Búsqueda de aula o local donde desarrollar el proyecto.	
	P.4. Talleres de formación para los voluntarios. (25h)	Aumentar las redes sociales y de apoyo de las personas mayores en soledad.
	P.5. Entrevista de la persona en soledad con la trabajadora social para el diagnóstico y medición de la soledad a través de la escala UCLA.	
	P.6. Búsqueda de individuos más afines	
	P.7. Puesta en conocimiento a ambos de su pareja/s, dirección y día que es esperado el voluntario en casa de la persona mayor.	
Durante todas las fases	TF.1. Acudimos a casa de la persona mayor en soledad, un día a la semana durante 2 horas.	Proporcionar acompañamiento una vez a la semana.
	TF.2. Dejamos espacio para que la persona pueda expresarse libremente y hacemos una escucha activa.	Aumentar la autoestima.
	TF.3. El voluntario se pone en contacto al final de cada fase para relatar la marcha de la experiencia y siempre que tenga dudas que resolverlas.	Crear el sentimiento de pertenencia a un grupo
	TF.4. El profesional hará un seguimiento telefónico a los sujetos de intervención al finalizar cada fase.	
Fase I: Conociéndonos	A.1. Charla de presentación; entre voluntario y sujeto de intervención (nombres, de donde somos, edad, donde vivimos, como conocimos el proyecto, color y animal favorito, estudios, trabajo, descripción de uno mismo) * No adecuado preguntar por familia, si ellos no mencionan.	Crear redes de apoyo intergeneracionales.
	A.2. Taller de los recuerdos (relatamos un buen recuerdo que tenemos reciente y uno más lejano, podemos acompañar el relato con fotos, contamos aventuras.	Crear redes de apoyo intergeneracionales.

	A.3. Taller de lectura. Leeremos si es posible ambos, fragmentos de un libro que nos guste. También comentaremos una noticia de actualidad que nos haya llamado la atención.	Aumentar la autoestima.
	A.4. Concierto en casa. Escucharemos canciones que les gustes, actuales si las hay y de antes, el voluntario también mostrará sus gustos musicales, animará a cantar y bailar.	Crear redes de apoyo intergeneracionales.
	A.5. Dinámicas de auto estima; comentar las cualidades positivas observadas, hacer un dibujo de uno mismo...	Aumentar la autoestima
Fase II: Nos relacionamos	A.6. Excursión por el barrio. Salimos a la calle nos enseña su sitio del barrio favorito, si conoce a alguien, damos un paseo, sacamos fotos).	Motivar y fomentar el estar activo
	A.7. Paseo con encuentro. Si hay personas participantes en el proyecto que están cerca, nos conocemos, presentamos, establecemos relación con ellos. (en el caso de no haber nadie cercano en el proyecto, intentaremos comunicación con personas que nos encontremos en nuestro paseo, o haremos alguna visita cultural)	Poner en contacto a personas con necesidades de compañía.
	A.8. Taller salimos. Nos reunimos con participantes del proyecto cercanos y proponemos actividades para que realicen juntos. (si no se diese esa posibilidad, jugaremos en la calle a juegos que ellos solían jugar de pequeños)	Poner en contacto a personas con necesidades de compañía Informar e incluir en actividades de la comunidad.
Fase III: Aprendemos	A.9. Taller de formación, el mayor como maestro de la actividad propuesta por el, enseña al voluntario y la desarrollan juntos (costura, cocina, manualidades, bailes, trucos caseros, refranes...)	Motivar y fomentar el estar activo. Aumentar la autoestima.
	A.10. Taller de educación. Formación básica del uso de las nuevas tecnologías de los voluntarios hacia las personas mayores.	Motivar y fomentar el estar activo. Aumentar la autoestima.
	A.11. Propuesta de actividad. El profesional estudia la propuesta más adecuada para incluirlo en la comunidad, comunicándoselo al sujeto y al voluntario que animará e intentará convencer.	Informar e incluir en actividades de la comunidad.

Fase IV: Allá vamos	A.12. Vamos. Acudimos a lo propuesto en relación con los gustos de la persona mayor (nos aprendemos el camino, se quita el miedo a una experiencia nueva, nos relacionamos con más personas...)	Informar e incluir en actividades de la comunidad. Crear el sentimiento de pertenencia a un grupo.
Fase V: Nuevos compromisos y diplomas	A.13. Nos escribimos una carta, voluntario y persona mayor con todo lo que hemos aprendido el uno del otro, destacando cosas positivas de la experiencia	Crear redes de apoyo intergeneracionales
	A.14. Despedida y compromisos. Reunión en el local (cuestionarios de evaluación del proyecto, fotos y videos de la experiencia, agradecimientos)	Crear el sentimiento de pertenencia a un grupo.

Fuente: elaboración propia.

4.2.5. Temporalización y cronograma:

El proyecto dará comienzo en septiembre y se prolongará hasta mayo, coincidiendo con el calendario escolar, una duración de 9 meses.

Al mismo tiempo que se ha realizado la temporalización también se han incluido el cronograma de actividades a través de las siglas que se corresponden con la actividad. Estas serán llevadas a cabo una vez a la semana durante dos horas.

TABLA 9. TEMPORALIZACIÓN Y CRONOGRAMA.

Fases del proyecto	Semanas	Meses								
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º
Fase de preparación	1º semana	P.1/ P.2/ P.3.								
	2º semana	P.1/ P.2/ P.3.								
	3º semana	P.2/ P.4/ P.5.								
	4º semana	P.4/ P.5/ P.6/ P.7.								
Fase I	1º semana		TF.1,2 A.1.	TF.1,2, 3,4 A.5.						
	2º semana		TF.1,2 A.2.							
	3º semana		TF.1,2 A.3.							
	4º semana		TF.1,2, A.4.							
Fase II	1º semana				TF.1,2 A.7.					
	2º semana			TF.1,2 A.6.	TF.1,2, 3,4 A.8.					
	3º semana			TF.1,2 A.6.						
	4º semana			TF.1,2 A.7.						
Fase III	1º semana					TF.1,2 A.9.	TF.1,2 A.9.			
	2º semana					TF.1,2 A.9.	TF.1,2, 3,4			

						A.10, 11			
	3º semana				TF.1,2 A.9.	TF.1,2 A.10.			
	4º semana				TF.1,2 A.10.	TF.1,2 A.10.			
Fase IV	1º semana						TF.1,2 A.12	TF.1,2 A.12	TF.1,2 A.12
	2º semana						TF.1,2 A.12	TF.1,2 A.12	TF.1,2, 3,4 A.12
	3º semana						TF.1,2 A.12	TF.1,2 A.12	TF.1,2 A.12
	4º semana						TF.1,2 A.12	TF.1,2 A.12	TF.1,2 A.12
Fase V	3º semana								TF.1,2 A.13.
	4º semana								TF.1,2, 3,4. A.14.

Fuente: elaboración propia.

4.2.6. Recursos:

Recursos materiales:

1 ordenador portátil, 1 proyector, material de papelería (folios, bolígrafos, pinturas, fotocopias...), un cuadernillo didáctico para cada voluntario, material para publicidad (carteles, trípticos, folletos, cuenta en redes sociales), teléfono con número de contacto. Para algunas actividades fotos personales, libros, música, folios, pinturas, nuevas tecnologías (si el voluntario dispone de ellas, sino se trabajarán con las que el usuario tenga en casa, móviles, tv...)

Recursos humanos:

- ✚ 1 trabajador/a social: encargado/a de dirigir el proyecto, formar y coordinar a los voluntarios, dar a conocer el proyecto, captar, detectar y diagnosticar personas en soledad, y hacer un seguimiento.
- ✚ Al menos un voluntario cada dos personas mayores: para adjudicar al voluntario a una o dos personas en soledad con las que trabajar. Los voluntarios serán los encargados de poner en marcha la mayoría de las actividades de forma directa con las personas mayores en soledad.
- ✚ Personas mayores de 65 años en soledad, serán los sujetos de intervención.

Recursos financieros:

*El recurso financiero de alquiler del local y gastos propios, solo se tendría en cuenta en el caso de que fuese necesario, por no disponer de otras alternativas para encontrar aula o local prestado, al igual que el ordenador portátil y el proyector si se consiguiera un aula equipada.

TABLA 10. PRESUPUESTO Y FINANCIACIÓN.

Costes reales	Cantidad	Precio/unidad	Total	Financiación
Aula o local	1	-	550 €/mes	Externa
Gastos propios del local (luz, agua...)	Al trimestre	-	200 €	Interna
Ordenador portátil	1	600€	600 €	Externa
Proyector	1	80€	80 €	Interna
Material de papelería/libros (folios, bolígrafos, pinturas...)	20 bolígrafos 3 paquetes de folios Fotocopias		100 €	Externa
Publicidad del proyecto	25 carteles 500 folletos		150€	Interna
Material didáctico para voluntarios	20 cuadernillos	2,50€	50€	Externa
Salario profesional (Trabajador Social)	1	media jornada	680 €/mes	Interna
Gastos de las actividades y Gastos de los voluntarios en las actividades	Excursiones, entradas, billetes de autobús		100€	Interna
Imprevistos			200€	Interna
TOTAL: (9 meses)			12.950€	

Fuente: Elaboración propia

4.3. Ejecución.

4.3.1. Desarrollo del proyecto:

El proyecto se irá desarrollando y realizando según la planificación establecida.

El desarrollo del proyecto está inspirado en las recomendaciones del Informe del Justicia de Aragón (2019), sobre todo en las recomendaciones de concienciación social sobre:

“Concienciar una visión de la vejez desde lo positivo, empoderando y valorizándola, trasladando a la sociedad el valor y respeto que se merecen sus miembros como parte fundamental en el presente y futuro de la misma. E incrementar el intercambio intergeneracional de experiencias y saberes, con acciones en que los jóvenes se acerquen, convivan y reciban la experiencia vivencial de sus mayores”.

Se han desarrollado actividades y objetivos adaptados a las necesidades de la población mayor aragonesa en soledad, ya que va dirigido a ellos y se pretende incluir al colectivo en los procesos futuros de mejora de la planificación, seguimiento y evaluación del proyecto.

El primer paso, para poner en marcha el proyecto sería la búsqueda de un aula o local donde se llevaría a cabo el proyecto como tal. Una vez, conseguido un local, si es posible en una zona céntrica para una mayor accesibilidad, (alquiler, cedido, etc.), se procederá a captar voluntarios y personas en situación de soledad que quieran participar en el proyecto. Y a continuación, se llevarán a cabo las actividades diseñadas en el proyecto, las cuales están orientadas a aumentar las redes sociales y de apoyo de las personas mayores en soledad, para una inclusión social de estas.

4.3.2. Seguimiento:

Para el seguimiento del proyecto, se harán sesiones al final de cada mes, con los voluntarios, para ver si se está siguiendo la planificación planteada en el diagrama de Gantt, hay alguna dificultad, dudas...

También, se realizará seguimiento de las actividades a través de una ficha de seguimiento (véase **Anexo C**).

4.3.3. Control:

Se realizarán reuniones grupales, profesional y voluntarios, a final de cada mes para evaluar y ver si se está siguiendo la planificación planteada en el diagrama de Gantt, así se podrá conocer si se está haciendo un uso adecuado de los recursos tanto materiales como económicos, resolver dudas y preparar las siguientes fases. Así mismo, podrá verse si está teniendo lugar un correcto desarrollo del proyecto, y en caso de que no sea así, establecer las medidas necesarias para arreglarlo. Que se cumplan los objetivos, será otra forma de conocer si se está alcanzando con éxito.

El/ la trabajadora social también hará un seguimiento presencial o telefónico a estas personas, sujetos de intervención, para ver si su experiencia esta siendo buena. Tras finalizar el proyecto seguirán las llamadas esporádicas por si vuelven a recaer en la soledad y de vez en cuando los voluntarios, harán alguna visita planificada.

4.4. Evaluación.

Se realizará una evaluación continua durante cada fase y actividad, de esta forma si se detecta algún error, insuficiencia, o ineficacia en el proyecto, se podrá subsanar y buscar alternativas antes de que este sea mayor.

El estudio final de la evaluación se hará al finalizar el proyecto, (a los 9 meses), recopilando todas las evaluaciones anteriormente ejecutadas, que se habrán ido realizando fase a fase, a través de una serie de indicadores que se han elaborado para cada actividad en relación con las fases.

En base a las matrices de evaluación que se han creado se evaluará el proyecto a su finalización, de forma más global, en relación con aspectos de participación, eficiencia, eficacia e impacto

A través de los indicadores y las matrices de evaluación creadas se comprobará si se han cumplido los objetivos y actividades planteadas.

*A partir de ahora entendemos personas mayores en soledad, con las siguientes siglas, (PMS).

TABLA 11. INDICADORES DE EVALUACIÓN.

ÍNDICADORES DE EVALUACIÓN	
ACTIVIDAD.	INDICADORES.
PROPORCIONAR ACOMPAÑAMIENTO UNA VEZ A LA SEMANA.	
TF.1. Acudimos a casa de la persona mayor en soledad.	<ul style="list-style-type: none">- Todas las semanas ha acudido el voluntario a casa de la persona mayor en soledad (PMS).- El 90% de las semanas ha estado durante al menos dos horas a casa de la persona mayor.
CREAR REDES DE APOYO INTERGENERACIONALES	
A.1. Charla de presentación.	<ul style="list-style-type: none">- Voluntarios y sujetos de intervención del proyecto, sabrán decir al menos 3 cosas personales del otro.
A.2. Taller de los recuerdos.	<ul style="list-style-type: none">- Voluntarios saben uno de los recuerdos de las PMS.
A.4. Concierto en casa.	<ul style="list-style-type: none">- Ambos saben identificar los gustos musicales canción preferida del otro.
A.13.Nos escribimos una carta.	<ul style="list-style-type: none">- Todos participantes, tanto voluntarios como personas en soledad reciben una carta física.
AUMENTAR LA AUTOESTIMA	

TF.2. Dejamos espacio para que la persona pueda expresarse libremente y hacemos una escucha activa.	- El 80% de las personas mayores en soledad se ha sentido escuchada y comprendida por el voluntario y el profesional.
A.3. Taller de lectura.	- Que la PMS haya leído al menos un libro que le guste, lo comenten y lean juntos un fragmento.
A.5. Dinámicas de auto estima.	- Un 75% de las PMS aumenten su autoestima. - Cuestionario sobre la autoestima al principio del proyecto y al final.
A.9. Taller de formación, el mayor como maestro de la actividad.	- Encuesta de como se han sentido desarrollando la actividad. El 90% se hayan sentido útiles y/o realizadas.
A.10. Taller de educación en nuevas tecnologías.	- Al menos un 70% de los participantes se sienten con mayor capacidad para el manejo de las nuevas tecnologías. A través de un cuestionario.
MOTIVAR Y FOMENTAR EL ESTAR ACTIVO	
A.6. Excursión por el barrio.	- Visita de al menos dos lugares destacados del barrio, se comprobarán con fotos.
A.9. Taller de formación, el mayor como maestro de la actividad.	- Que las PMS muestren y dirijan al menos 5 actividades.
A.10. Taller de educación en nuevas tecnologías.	- La PMS aprende y usa las nuevas tecnologías en relación con sus intereses. Cuestionario.
PONER EN CONTACTO A PERSONAS CON NECESIDAD DE COMPAÑÍA.	
A.7. Paseo con encuentro.	- Se recopilarán los nombres de gente nueva que hayamos conocido y al menos tenido una conversación, dos personas como mínimo.
A.8. Taller salimos.	- Nos relacionamos en el barrio con al menos 1 persona más, incluida en el proyecto o un amigo.
INFORMAR E INCLUIR EN ACTIVIDADES DE LA COMUNIDAD	

A.8. Taller salimos.	<ul style="list-style-type: none"> - Proponemos 2 actividades para hacer por el barrio y salir de casa. - Jugamos en la calle a al menos a 3 juegos tradicionales.
A.11. Propuesta de actividad.	<ul style="list-style-type: none"> - Los voluntarios le propondrán al menos dos actividades o propuestas de interacción diferentes.
A.12. Vamos.	<ul style="list-style-type: none"> - La PMS conocerá al menos 2 recursos de la comunidad a los cuales podría acudir o ponerse en contacto y aliviar su soledad.
CREAR EL SENTIMIENTO DE PERTENENCIA A UN GRUPO.	
TF.3. El voluntario se pone en contacto al final de cada fase.	<ul style="list-style-type: none"> - TS llama al final de cada una de las fases al voluntario.
TF.4. Seguimiento telefónico a los sujetos de intervención al finalizar cada fase.	<ul style="list-style-type: none"> - Un día de la ultima semana de cada fase el/ la TS llamara a la PMS y charlarán y se les realizarán preguntas o cuestionarios si los hubiese, propios de las actividades de las fases. - El 100% de los cuestionarios realizados.
A.12. Vamos.	<ul style="list-style-type: none"> - La PMS acuda a la actividad propuesta el 85% de los días. - El 80% se sienta que forma parte de un nuevo grupo. - Que el 70% de las PMS tras finalizar el proyecto siga con actividades en la comunidad o se relacione con otros.
A.14. Despedida y compromisos	<ul style="list-style-type: none"> - Acude el 100% de los participantes del proyecto. - Se llevan a cabo cuestionarios de satisfacción con el proyecto.

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 12. EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN.

MATRIZ DE DISEÑO DE EVALUACIÓN Criterio: PARTICIPACIÓN			
PREGUNTAS	ASPECTOS QUE DEFINEN LA PREGUNTA	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
¿Personas mayores en soledad acudirán a las actividades realizadas en el proyecto?	Igual no todas las actividades atraen al colectivo de igual manera a participar	Se cubren las actividades con al menos un 75% de participación buena-activa.	Informes de seguimiento y de asistencia a las actividades.
¿Personas mayores en soledad en el proyecto, y en procesos de planificación y evaluación futuros?	La participación de los usuarios es muy importante en procesos futuros de planificación y evaluación para conocer sus intereses y necesidades, y que el proyecto tenga éxito.	Al menos, 10 personas mayores en soledad han participado en el proyecto.	Informes de seguimiento y de asistencia a las actividades.
Los participantes suelen ser fieles y comprometidos con el proyecto.	Es importante que para conseguir cambios en sus relaciones y apoyos estén abiertos y quieran participar activamente en el proyecto.	Una persona en soledad lleva a cabo todo el proyecto, al menos, el 90% a las actividades.	Informes de seguimiento y de asistencia a las actividades.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 13. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA

MATRIZ DE DISEÑO DE EVALUACIÓN Criterio: EFICACIA			
PREGUNTAS	ASPECTOS QUE DEFINEN LA PREGUNTA	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
¿Se realizan todas las actividades y tareas? ¿Da tiempo?	Hay un cronograma de en qué semanas y meses se llevarán a cabo las actividades	Al menos un 85% de las actividades planificadas se han llevado a cabo siguiendo el cronograma.	Fichas de evaluación al acabar el día en que se realicen actividades.

Fuente: elaboración propia.

TABLA 14. EVALUACIÓN EFICIENCIA

MATRIZ DE DISEÑO DE EVALUACIÓN Criterio: <u>EFICIENCIA</u>			
PREGUNTAS	ASPECTOS QUE DEFINEN LA PREGUNTA	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
¿Se han gastado los recursos (económicos, materiales o humanos) previstos en el presupuesto? ¿Se han necesitado más? O ¿se han reducido los gastos previstos?	Los recursos que se han gastado según lo previsto	Comprobar a mitad y al final del proyecto si se han gastado los mismos recursos que los planificados, o si incluso, se ha gastado menos.	Cuentas financieras. Presupuestos cumplidos. Informes estadísticos de los gastos anuales.
¿Se cumplen los periodos de seguimientos y evaluación?	El seguimiento y evaluación son dos procesos importantísimos para saber si hay algún error, poder corregirlo y reajustarlo.	Se han realizado todos los momentos de seguimiento y evaluación establecidos. Al final de cada fase, y al finalizar el año de proyecto.	

Fuente: Elaboración propia

TABLA 15. EVALUACIÓN DE IMPACTO.

MATRIZ DE DISEÑO DE EVALUACIÓN Criterios: <u>IMPACTO</u>			
PREGUNTAS	ASPECTOS QUE DEFINEN LA PREGUNTA	INDICADORES	FUENTES DE INFORMACIÓN
¿Habrán aumentado las redes sociales y de apoyo, las personas mayores en soledad que han participado en el proyecto?	Según se va avanzando en el proyecto y se van consiguiendo resultados positivos ir definiéndolos en los informes. Además de apuntar los resultados negativos para intentar remediarlo.	Se espera que al año de llevar el proyecto las personas mayores en soledad se sientan incluidas en un 50% más. El apoyo y las redes aumenta en un 55% después de 2 años del proyecto.	Encuestas pre y durante y post ejecución. Informes de evaluación y de seguimiento del proyecto
¿Cuál fue el grado de impacto en la sociedad?		Al cabo de un año un 10% más de la población se ha involucrado en temas relacionados con la soledad.	

Fuente: elaboración propia.

5. CONCLUSIÓN Y VALORACIÓN

Durante este curso 2019-2020, tuve la oportunidad como alumna en prácticas, de acudir a las Cortes de Aragón, para conocer el Informe Especial Mesa del Justicia sobre mayores en soledad no elegida. Allí se presentaron las conclusiones de las ocho mesas de soledad que se habían llevado a cabo meses antes, desde septiembre de 2018 a junio de 2019. Me parecieron muy interesantes, lo cual sumó a mi curiosidad y preocupación por la realidad de la soledad y, además, se podía ver como el trabajo conjunto y de diferentes grupos había conseguido abarcar de forma global la problemática de la soledad, aportar documentación y proponer futuras líneas de actuación.

Es importante destacar que en esta nuestra comunidad autónoma de Aragón, una de las más envejecidas del país, se ha dado un paso muy importante en relación directa con la soledad y es que, gracias al Informe Especial Mesa del Justicia sobre mayores en soledad no elegida, se ha aprobado recientemente con fecha de 10 de junio de 2020, la creación del Observatorio Aragonés de la soledad.

Dicho observatorio nace de la mano del Justicia de Aragón y del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales. Como bien se establece en el Informe del Justicia (2019) el principal objetivo es “crear un grupo permanente de análisis, encaminado a velar por las personas mayores que viven en soledad no elegida. Ayudando así a la atención, prevención y protección social, fomentando su bienestar emocional y seguridad, previniendo el riesgo de aislamiento y exclusión social”.

Soledad, salud y trabajo social han sido los tres grandes conceptos entorno a los que ha girado mi trabajo final de grado. Añadiéndose a estos, el de persona mayor como sujeto más propenso a sufrir la soledad.

Tras el exhaustivo análisis y estudio realizado durante estos meses sobre la soledad, podría concluir en referencia al tema que:

- Es un fenómeno complejo de carácter social, pero con repercusión y origen en diversos campos.
- Es la ausencia considerable de relaciones sociales, generalmente no querida y prolongada.
- Provoca un déficit de incorporación, de participación y de interacción social que tiene consecuencias negativas en la salud de las personas (insomnio, obesidad, estrés, aumento del riesgo de deterioro cognitivo y demencia, así como riesgo de morir prematuramente).
- Las relaciones sociales son determinantes sociales de salud, dentro del campo de los hábitos o estilos de vida.
- Cada vez es más frecuente en nuestra sociedad, donde el individualismo está en auge y donde los principales afectados son las personas mayores, que por determinadas características les hacen más vulnerables.
- Está unida a diferentes causas, significados y según la experiencia y contexto de cada individuo afecta de una forma diferente.
- Puede ser objetiva o subjetiva.
- El creciente envejecimiento de nuestro país hace que las problemáticas a las que este grupo son más propensos, como la soledad, tengan un mayor número de afectados.
- Cada vez hay más personas mayores de 65 años viviendo solas, lo que incrementa el riesgo de sufrir soledad.
- El envejecimiento activo reporta buenos beneficios en cuanto a la prevención de la soledad entre otros.

- Existen escalas para medir la soledad como la escala UCLA, pero hay una escasez de estudios cuantitativos a nivel nacional, lo que hace que no se pueda saber exactamente el alcance de la problemática.
- Uno de los objetivos del trabajo social es aumentar el bienestar de la población, por ello estaría entre sus metas hacer frente y paliar la soledad de las personas mayores para aumentar el bienestar.
- Para el trabajo social, las personas mayores, son un colectivo demandante de atención y con el cual se cree importante trabajar, defendiendo la dignidad.
- Los profesionales de trabajo social tenemos técnicas, métodos y capacidades para diagnosticar la soledad y poner en marcha recursos y/o proyectos que reduzcan este sentimiento.
- La geriatría es un ámbito en el cual trabajo social debería estar todavía más presente y atender entre otros fenómenos al de la soledad.
- Empoderar, motivar y llevar a cabo una escucha activa son herramientas que podrían contribuir en la atención de las personas en soledad, que combinando con el modelo de intervención más adecuado alejaría dicho sentimiento.
- Existen diversos recursos traducidos en programas y proyectos que se desarrollan para paliar la soledad, tanto a nivel nacional, como autonómicos y provinciales, de los cuales se ha encontrado que las intervenciones más eficaces son las intervenciones grupales, con actividades de apoyo y educativas, que se dirigen a grupos específicos y que se apoyan en los recursos existentes en la comunidad.

Al comienzo del desarrollo del trabajo, me sentía con ciertos miedos e incertidumbres, como por ejemplo, si encontraría y daría con lo que estaba buscando para el impulso del trabajo, si sería capaz de poner en práctica los conocimientos aprendidos durante estos cuatro años, y si podría plantear un buen y novedoso proyecto social dirigido a reducir la soledad. Por ello, tras finalizarlo, puedo decir que me siento orgullosa del trabajo realizado, porque he ido superando con éxito los miedos e incertidumbres que tenía a la hora de afrontar por primera vez un trabajo de estas características.

Siento que en mi trabajo he podido desarrollar muchos de los conocimientos adquiridos en la carrera, desde como realizar un proyecto social con todo lo que conlleva, hasta la valoración e inclusión de la perspectiva de trabajo social en los diferentes apartados del trabajo, más concretamente en aquellos en los que se ha expuesto, tras una reflexión, las funciones que desarrollaría un trabajador/a social en la atención con usuarios de edad avanzada en soledad.

Desde el ámbito académico, se me han ofrecido las herramientas necesarias para llevarlo a cabo y me ha mostrado que trabajo social tiene mucho que aportar al tratamiento- atención de la soledad.

Por otro lado, creo que este trabajo podría aportar a trabajo social una base teórica para conocer la soledad y actuaciones desde esta perspectiva, así como un recurso práctico a poner en marcha través del proyecto.

Lo que se ha pretendido es poner de relieve la problemática creciente de la soledad, en relación con las consecuencias negativas que puede tener para la salud, sobre todo de las personas mayores. Pretendía a su vez hacer un acercamiento de la profesión de trabajo social a este fenómeno creciente, para establecer y ver las líneas de actuación. Y por último desarrollar un proyecto de intervención, a través del cual me he dado cuenta de la importancia de las intervenciones de Trabajo Social Comunitario, para mejorar la calidad de vida de las personas.

En cuanto al diseño del proyecto de intervención, quería llevar a cabo un proyecto que tuviese en cuenta las características y personalidad de cada uno de los participantes, pero que al mismo tiempo fuera algo global, con unas líneas de actuación que permitiesen crear redes y apoyos para disminuir la soledad de las personas

mayores, y estuviese dirigida tanto hombres como mujeres, a pesar de ser las mujeres un colectivo más vulnerable a la soledad. Así mismo la mayor limitación encontrada a la hora del diseño del proyecto ha sido la de poder contar con diferentes agentes, la visión y perspectiva de la población, para que así el proyecto hubiese sido más adaptado y participativo. Espero que algún día se pueda poner en marcha y así ayudar a paliar la soledad.

El trabajar el proyecto no me ha resultado difícil, ya que, a través de la asignatura de diseño de proyectos sociales, he podido tener un marco de referencia y un método a seguir para ir plasmando las ideas de forma ordenada, científica y teniendo en cuenta todos los pasos necesarios para llevarlo a cabo. Esto relajó un poco mi miedo a afrontar la realización de un proyecto, pero ha supuesto una gran dedicación.

Realizar este trabajo fin de grado ha sido un reto, ya que, la ausencia de datos cuantitativos en España sobre la soledad me ha hecho reflexionar, justificar y exponer la información de forma diferente a lo que en un principio tenía pensado. Sin embargo, estoy muy contenta en cuanto al esfuerzo realizado por presentar información veraz científica y ordenada, dando valor a investigaciones más cualitativas. Pero creo que sería interesante llevar a cabo estudios que cuantificaran la soledad.

Por último, añadir algunas insuficiencias detectadas y es que veo como necesario el dar impulso no sólo económico sino político, social y cultural, a la concienciación sobre la soledad y a la promoción y creación de programas para evitar este sentimiento, así como todas las consecuencias negativas que está provocando. Poniendo en valor la calidad y necesidad de las buenas y saludables relaciones sociales.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, A. M. (2014). Analisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, p.57-62. Disponible en web: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>.
- Álvarez, E. (1996). *La amistad en la edad avanzada*. Geriatrika.
- Barragan, O. L., Moiso, A., Mestorino, M., & Ojea, O. A. (2007). *Fundamentos de Salud Publica*. La Plata. Recuperado el 01 de Abril de 2020, de <https://www.libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/download/246/222/732-1?inline=1#page=153>
- Bazo, M. T. (1989). Personas ancianas: salud y soledad. *Reis.*, p.193-223. Disponible en web: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_047_08.pdf.
- Bermejo Higuera, J. C. (2003). La soledad en los mayores. *Revista de estudios medicos de Chile*, Disponible en web: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_La_soledad_en_los_mayores.pdf.
- Caballero Gonzalez , E., Moreno Gelis, M., Sosa Cruz, M. E., Mitchell Figueroa, E., Vega Hernandez, M., & Columbie Perez, L. d. (2012). Los determinates sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Infodir*, vol 8.15.
- Colom Mastret, D. (2007). La soledad: entre el placer y la desesperación, el trabajador social. *Profesiones*, 14-15. Recuperado el Abril de 2020, de <http://www.profesiones.org/var/plain/storage/original/application/5583c6a28e313f13cab0effdd434cbe6.pdf>
- Consejo General de Trabajo Social. (2020). *Consejo general de trabajo social*. Obtenido de Ámbitos de intervención. TS y Salud: https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud
- Diez Nicolas, J., & Morenos Páez, M. (2015). *La soledad en España*. ASEP. Madrid: Fundación ONCE. Fundación AXA.
- Dirección General de Salud Pública. (2019). *Plan de Salud Aragón 2030*. <http://plansaludaragon.es/wp-content/uploads/2019/07/00-INFORME-soledad-mayores-OK.pdf>: Gobierno de Aragón.
- Fernández Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinarios*, https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680041/EM_16_2.pdf?sequence.
- Filardo Llamas, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo social y accion social*(49), 204-219. Recuperado el Abril de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111475>
- Gándara Martín, J. J. (1995). *Envejecer en soledad: repercusiones psicopatologicas de la soledad en ancianos*. Popular, M.
- HM Government. (2018). *A connected society. A strategy for tackling loneliness*. Secretary of State for Digital, Culture, Media and Sport Minister for Civil Society, London. Recuperado el 13 de Abril de 2020, de

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/750909/6.4882_DCMS_Loneliness_Strategy_web_Update.pdf

- Iglesias de Ussel, J., López Doblas, J., Díaz Conde, M. P., Alemán Bracho, C., Trinidad Requena, A., & Castón Boyer, P. (2001). *La soledad en las personas mayores. Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo*. Observatorio de personas mayores. Madrid.: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Recuperado el 8 de Abril de 2020, de Disponible en:<https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/5006lasoledad.pdf>
- Instituto Aragonés de Estadística. (2018). *Datos basicos de Aragón*. IAEST.
- Justicia de Aragón. (2019). *Informe especial mesa del Justicia sobre mayores en soledad no elegida*. Zaragoza. Recuperado el 10 de Febrero de 2020, de <http://eljusticiadearagon.es/wp-content/uploads/2020/03/Informe-Mesa-del-Justicia-sobre-Mayores-en-soledad-no-elegida.pdf>
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud [Old age Psychology]*. Barcelona: Herder.
- Lueisa Blaco, F., & Morel Liso, M. (2018). *Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón*. IASS.Gobierno de Aragón.
- Martín, M., & Bravo, J. (2003). *Trabajo Social Gerontológico. Aportaciones del Trabajo Social a la Gerontología*. Madrid: Síntesis.
- Martínez, R. L. (2017). *La Soledad en la Vejez: Análisis y evaluación de un programa de intervención en personas mayores que viven solas*. Recuperado el 5 de Abril de 2020, de Universidad Miguel Hernández. Elche: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4461/1/TD%20Lorente%20Martínez%2C%20Raquel.pdf>
- MSSSI. (2014). *MARCO DE ACTUACIÓN PARA LAS PERSONAS MAYORES. PROPUESTAS Y MEDIDAS PARA FORTALECER EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES*. Madrid: IMSERSO. .
- Muchnik, E., & Seidmann, S. (2009). *Aislamiento y soledad*. Universidad de Buenos Aires: Eudeba.
- Navarro, D. (21 de Junio de 2019). La teoría sueca del amor. *Heraldo de Aragón*.
- NU. CEPAL. CELADE. (Junio de 2011). *Repositorio Digital. Comisión económica para América Latina y el Caribe*. Obtenido de CEPAL: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/21497>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS. Obtenido de Disponible en web: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=4A3ECC3ECE1DE420C033245A01C1EAA5?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *OMS*. Obtenido de Organización mundial de la salud. determinantes sociales de la salud: https://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud(OMS). (2006). *Constitución de la organización mundial de la salud*. Asamblea mundial de la Salud.
- Pinzano Hermandis, S., & Donio Bellegarde Nunes, M. (2018). *La soledad de las personas mayores*. Valencia: Estudios de la Fundación.
- Real Academia Española (RAE). (2019). *Soledad*. Madrid: Edición del Tricentenario.
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos. Barcelona*, vol.2.

Routasalo, P., Tilvis, R., Kautiainen, H., & Pitkala, K. (15 de January de 2009). *Wiley Online Library*.
Obtenido de Wiley Online Library: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x>

Rubio, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid: IMSERSO.

Sanchez Palacios, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Universidad de Malaga: Tesis doctoral.

Victor, C., Scambler, S., Bowling, A., & Bond, J. (01 de Mayo de 2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain.
doi:10.1017/S0144686X04003332

WHO. (2003). *"Regional Office for Europe Social determinants of health: the solid facts"*. Copenhagen: 2ª edición. Wilkinson, R. y Marmot, M., .

Yanguas, J., Cilveti, A., & Segura, C. (Diciembre de 2019). ¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social? *Observatorio social de "la Caixa" y Fundación la Caixa*. Recuperado el 8 de Abril de 2020, de <https://observatoriosociallacaixa.org/-/soledad-personas-mayores>

Yeginsu, C. (17 de January de 2018). U.K. Appoints a Minister for Loneliness. *New York Times*, pág. Section A. Page 7. Recuperado el 9 de Marzo de 2020, de <https://www.nytimes.com/2018/01/17/world/europe/uk-britain-loneliness.html>

7. ANEXOS:

Anexo A. Escala UCLA para medir la soledad.	56
Anexo B. Proyectos- programas para paliar el problema de la soledad en personas mayores en España	56
Anexo C. Ficha de seguimiento de actividades	59

Anexo A. Escala UCLA para medir la soledad.

Existen diferentes instrumentos para medir y evaluar la presencia, intensidad y tipos de soledad, entre ellas encontramos la escala Loneliness Scale (UCLA), la escala de soledad de Jong Gierveld, la escala (SELSA) Social and Emotional Loneliness Scale for Adults, la escala (ESLI) Emotional and Social Loneliness Inventory y la pregunta única de soledad. A pesar de las características propias de cada una de las escalas, los profesionales deben tener en cuenta la información ofrecida por la propia persona sobre sus experiencias internas y a partir de ahí diagnosticar la soledad. (Pinzano Hermandis & Donio Bellegarde Nunes, 2018)

La escala (UCLA) Loneliness Scale, escala de soledad de la universidad de California, Los Ángeles es de las más utilizadas para medir la soledad, fue desarrollada por Russell, Peplau y Ferguson en 1978. (Pinzano Hermandis & Donio Bellegarde Nunes, 2018)

- En un primer momento estaba formada por cuatro puntos, desde “nunca me siento así” hasta “me siento así a menudo”, además se solicitaba a los sujetos que indicasen el grado de soledad actual a través de una escala de cinco puntos desde “mucho menos solo que lo demás hasta mucho más solo que los demás” y que describiesen su estado de ánimo y sus sentimientos utilizando un listado de 25 adjetivos.
- Posteriormente se elaboró una nueva versión a través de una revisión de la anterior, obteniendo la escala UCLA-R, la cual mide la soledad general y los sentimientos de aislamiento social. Se identificaron correlaciones entre soledad y depresión y entre soledad y ansiedad.
- Hoy en día la versión más actual es la UCLA-3, compuesta por 20 ítems, con un formato más sencillo de respuesta y del contenido de los ítems, está sujeta a 11 ítems formulados en el sentido de la presencia de soledad y nueve de la ausencia de soledad. La escala ha demostrado tener buena validez discriminativa y de constructo, capaz de medir en diversos tipos de muestras. Con respecto a la puntuación de la misma, el sujeto puede obtener desde 20 puntos que se relaciona con el nivel más bajo de soledad, hasta 80 puntos que se corresponde con la máxima puntuación en soledad.

Anexo B. Proyectos- programas para paliar el problema de la soledad en personas mayores en España

Algunos de los proyectos- programas más destacados que se están llevando a cabo para tratar de paliar el problema de la soledad en personas mayores en España, se destacan en el informe del (Justicia de Aragón, 2019), a estos se ha añadido otros en los que se ha indagado y son:

A nivel nacional y por comunidades encontramos:

 Siempre acompañados; De la fundación bancaria “la Caixa”.

Es un programa que tiene como misión promover el bienestar entre las personas mayores y las relaciones de apoyo, a través de una intervención que las empodere, envuelva en la comunidad y que sensibilice a la ciudadanía, con el objetivo de reducir las situaciones de soledad en las personas mayores.

<https://obrasociallacaixa.org/es/pobreza-accion-social/personas-mayores/siempre-acompanados>

✚ Vivir bien sentirse mejor; De la fundación bancaria “la Caixa”.

Es un programa pensado para facilitar que las personas mayores puedan desarrollar un proyecto de vida a favor de su bienestar personal. El programa plantea un conjunto de conocimientos, estrategias, técnicas y habilidades psicoemocionales que contribuyen a construir una vida plena según los valores, deseos y necesidades de cada persona, es decir ofrece una oportunidad para la mejora y el desarrollo personal.

https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/660546/vivir_como_yo_quiero_es.pdf/c973662c-193f-445e-b059-109a0f17427f

✚ Programa Cerca de Ti. Por iniciativa del IMSERSO, Caritas y Cruz Roja han desarrollado el proyecto.

Este programa tiene como objetivo, ofrecer acompañamiento presencial y telefónico a personas mayores de 80 años que viven solos y a usuarios del servicio de teleasistencia, en los cuales se haya detectado sentimiento de soledad o aislamiento, a través de voluntarios. Este programa se introdujo dentro de las políticas sociales de atención y protección a las personas mayores.

<https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm45.pdf>

✚ Enrédate. Proyecto de Cruz Roja.

Pretende incidir en la espera social de las personas mayores de 65 años, mejorando las relaciones sociales e intergeneracionales, fomentando la participación en su entorno, evitando el sentimiento de soledad y mejorando su calidad de vida. Además de realizar acompañamientos y formación para promover el envejecimiento saludable.

http://www.cruzroja.es/principal/web/comunidad-de-madrid/proyecto_mayores_enredate

✚ El programa Respira. De la Unión Democrática de Jubilados y Pensionistas (UDP)

Es un programa de descanso, formación e integración, para mujeres mayores en situación de vulnerabilidad. Busca romper con la soledad y el aislamiento a través de la creación de grupos de relación interconectados (mixtos).

<https://www.mayoresudp.org/respira/>

✚ Federación de Amigos de las personas mayores. Agrupa a fundaciones y asociaciones de amigos de las personas mayores en Barcelona, Valencia, Aragón y Madrid.

Se realizan tareas de acompañamiento domiciliario y telefónico semanalmente y también de forma puntual, además de tener un programa variado de actividades, encuentros en el barrio, tertulias, fiestas, talleres...

Cuentan con el proyecto de barrios amigos o grandes vecinos en Madrid (recuperar vínculos vecinales para construir redes de apoyo), vacaciones amigas (estancias en época de vacaciones de verano en un espacio de ocio y recuperación anímica) y la bufanda de la yaya (une artesanía, amistad y solidaridad creando un espacio de socialización que empodere, fomente el intercambio de conocimiento y facilite las vías de solidaridad a la vez que se recaudan fondos)

Desde Fundación de Barcelona se ha creado el Observatorio de la soledad como plataforma de generación e intercambio de conocimiento en torno a la soledad no deseada en España.

<https://amigosdelosmayores.org/es/entidad>

✚ Prevención de la soledad no deseada, Madrid Red Vecinal. Es un proyecto de Madrid Salud, organismo del ayuntamiento.

Pretende la creación de redes informales de apoyo (vecinales y profesionales) en los barrios, además de ofrecer un servicio de apoyo y asesoramiento con el objetivo último de promover que la experiencia de

soledad sea positiva para la persona y su entorno, desarrollar estrategias de fortalecimiento individual, grupal y comunitario ante la soledad no deseada.

<http://madridsalud.es/prevencion-de-la-soledad-no-deseada/>

✚ Proyecto Kit de la escalera, en Madrid.

La escalera es una herramienta para facilitar el encuentro y el apoyo mutuo entre vecinas y vecinos de una misma comunidad y provocar una reflexión acerca de las relaciones cotidianas en entornos comunitarios

<http://www.proyectolaescalera.org/#descargar-el-kit>

✚ Conectando San Isidro. Proyecto de Ciudad cuidadora, Las Naves del ayuntamiento de Valencia:

El proyecto busca establecer una red de agentes locales que actúen como radares para detectar vecinos y vecinas en soledad. Propone actividades comunitarias para que las personas mayores salgan de su hogar, se relacionen y sociabilicen. Pretende poder disponer de personas voluntarias para que acompañen y se preocupen por sus vecinos.

<https://www.lasnaves.com/estrategias-ciudad/ciutat-cuidadora-promueve-una-red-vecinal-para-la-prevencion-de-la-soledad-no-deseada-en-sant-isidre/?lang=es>

✚ RADARS. Es un proyecto comunitario impulsado por el ayuntamiento y los servicios sociales de Barcelona. Ha creado una red de barrio formada por los radares, vecinos, comercios y farmacias del barrio que, están atentos a la dinámica diaria de las personas mayores de su entorno y, si detectan algún cambio importante, avisan a Radars y servicios sociales valoran si hay que intervenir o no. Para paliar el sentimiento de soledad, los voluntarios y voluntarias de la Plataforma de seguimiento telefónico de Radars las llaman de forma periódica y establecen una relación de confianza. Esta se complementa con la coordinación entre diferentes recursos y entidades (casales, centros cívicos, entidades de voluntariado, etc.) y con la creación de nuevas iniciativas comunitarias que contribuyan a la inclusión de las personas mayores a su entorno más cercano.

<https://ajuntament.barcelona.cat/tempsicures/es/noticia/10-azos-de-proyecto-radars-la-red-vecinal-y-comunitaria-que-vela-por-el-bienestar-y-el-cuidado-de-los-mayores-ya-se-ha-consolidado-en-mzas-de-35-barrios-de-la-ciudad>

A nivel autonómico, **Aragón** cuenta con programas como:

✚ Consejo Aragonés de las Personas Mayores - COAPEMA:

Programa de “Abandonando la soledad” realizan conferencias que se retransmiten vía online y son propuestas en muchos centros de mayores, que provoca la sensibilización y discusión sobre diferentes temas.

<https://canalsenior.es/coapema-soledad/>

✚ Teléfono de la esperanza de Aragón.

Es una organización no gubernamental (ONG) de voluntariado que ofrece de forma permanente, anónima, gratuita y especializada, un servicio de ayuda y orientación por teléfono las 24 horas del día, todos los días del año, atendiendo a cualquier necesidad de escucha, incluso la soledad.

<http://www.telefonodelaesperanzadearagon.org/>

✚ Servicio de atención telefónica a personas mayores IASS: 900 25 26 26

Es un servicio preventivo y gratuito, dirigido principalmente a personas mayores que viven solas. Este les proporciona información, apoyo emocional e información sobre los recursos que el IASS pone a disposición de ayuntamientos y comarcas en todo el territorio aragonés.

<https://www.aragon.es/-/servicio-de-atencion-telefonica-a-personas-mayores>

✚ Yayis Sanos. Es un programa de la DGA, dentro del plan de Salud Aragón 2030.

El plan de salud 2030, creado recientemente por la DGA recoge estrategias y un programa de salud frente a la soledad.

<http://plansaludaragon.es/wp-content/uploads/2019/07/00-INFORME-soledad-mayores-OK.pdf>
<http://plansaludaragon.es/yayisanos/>

En la **provincia a de Zaragoza** encontramos:

✚ Red de ciudades amigables con las personas mayores. Es promovida y coordinada por el IMSERSO:

http://www.ciudadesamigables.imserso.es/ccaa_01/index.htm

Llevan a cabo diferentes programas de actividades que buscan paliar la soledad, como es el programa de rutas amigables, comercios amigables o el proyecto nos gusta hablar el cual pretende favorecer espacios de encuentro y diálogo en los Centros de Convivencia, un espacio permanente y de entrada libre donde cualquier vecino, especialmente las socias y socios pueden acudir a mantener una buena conversación.

✚ Programas para compartir vivienda

Encontramos el programa; Hogar café que consiste en compartir vivienda entre personas mayores de 60 años.

Y el programa Vivir y compartir, que se basa en compartir vivienda entre personas de diferentes generaciones con universitarios, lo lleva la fundación Rey Ardird

<https://residenciasreyardid.es/mayores-y-universitarios-viviendo-juntos-una-convivencia-en-la-que-todos-ganan/>

✚ Centro de escucha de la fundación Cruz Blanca.

El objetivo es acompañar a la gente en momentos en los que necesita acompañamiento. No atienden a enfermos sino a personas que necesitan ser escuchadas

<http://www.fundacioncruzblanca.org/fundacion-cruzblanca/noticia-casafamiliar-344-cruz-blanca-abre-primer-centro-escucha-aragon.php>

Anexo C. Ficha de seguimiento de actividades

Se irán anotando en la columna de la izquierda las actividades previstas para el periodo cubierto por cada Informe de Seguimiento, y en la derecha su situación (concluida, en el proyecto de ejecución, no realizada, reprogramada o desestimada), con la explicación pertinente.

Siempre que sea posible habrá que detallar los recursos y costes que se vayan utilizando, al menos con una estimación porcentual.

Se crea una última casilla para las actividades no previstas que se hayan ejecutado junto a su descripción y justificación.

TABLA 16.FICHA DE SEGUIMIENTO

Objetivo	Resultado	Actividades previstas	Recursos / costes	Actividad	Recursos/ costes (%)	Observaciones
Proporcionar acompañamiento una vez a la semana.		TF.1. Acudimos a casa de la persona mayor en soledad, un día a la semana durante 2 horas		Concluida/ Proceso/ No realizado/ Reprograma/ Desestimada		
Crear redes de apoyo intergeneracionales.		A.1. Charla de presentación A.2. Taller de los recuerdos. A.4. Concierto en casa. A.13.Nos escribimos una carta.		Concluida/ Proceso/ No realizado/ Reprograma/ Desestimada		
Aumentar la autoestima.		TF.2. Dejamos espacio. A.3.Taller de lectura. A.5. Dinámica de auto estima. A.9. Taller de formación. A.10. Taller de educación.		Concluida/ Proceso/ No realizado/ Reprograma/ Desestimada		
Motivar y fomentar el estar activo.		A.6. Excursión por el barrio. A.9. Taller de formación. A.10. Taller de educación		Concluida/ Proceso/ No realizado/ Reprograma/ Desestimada		
Poner en contacto a personas con necesidades de compañía		A.7. Paseo con encuentro. A.8. Taller salimos.		Concluida/ Proceso/ No realizado/ Reprograma/ Desestimada		

Informar e incluir en actividades de la comunidad		A.8. Taller salimos. A.11. Propuesta de actividad. A.12. Vamos.		Concluida/ Proceso/ No realizado/ Reprograma/ Desestimada		
Crear el sentimiento de pertenencia a un grupo.		TF.3. El voluntario se pone en contacto TF.4. El profesional hará un seguimiento telefónico A.12. Vamos A.14. Despedida y compromisos		Concluida/ Proceso/ No realizado/ Reprograma/ Desestimada		

Fuente: elaboración propia